

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FTSyDH

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Salud

Año 8, No. 8
Agosto 2021 - Julio 2022





Abstinencia al consumo del tabaco: estudio de caso

Tobacco Abstinence: Case Study

Rosas-Fuentes Pedro David³¹

Valdés-García Karla Patricia³²

Valdivia-Graniel Gerardo Alejandro³³

Resumen

El tabaquismo es un problema de salud pública que se ha presentado en la humanidad por mucho tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud el tabaquismo es considerado una epidemia, en la que se registran aproximadamente 6 millones de muertes al año debido al consumo del tabaco. En cuanto a las intervenciones para su tratamiento y que han reportado evidencia empírica de efectividad son las cognitivo conductuales. El objetivo del presente trabajo es presentar un estudio de caso, en el que se atendió a una mujer con problemas de tabaquismo para lograr la abstinencia. La participante fue una mujer de 39 años del estado de Sonora, quien inició el consumo de tabaco a los 13 años y llevaba dos años aproximadamente intentando dejar de fumar de manera fallida. Se aplicó el protocolo de tratamiento “Programa 2001 para dejar de fumar” propuesto por Becoña & Míguez en 2006. La intervención fue impartida en videollamadas. Los resultados del tratamiento fueron efectivos, ya que la paciente logró la abstinencia al tabaco en la sesión 5 del protocolo, además, las estrategias implementadas regularon el deseo y la conducta de fumar. Se concluye que un tratamiento adecuado, puede favorecer la abstinencia al tabaco, el programa implementado fue efectivo.

Palabras clave: adicciones; tabaquismo; abstinencia; estudio de caso; cognitivo-conductual.

Abstract

Smoking is a public health problem that has been present in humanity for a long time. According to the World Health Organization smoking is considered an epidemic, with approximately 6 million deaths per year due to tobacco use. Cognitive-behavioral interventions for its treatment have reported empirical evidence of effectiveness. This work aims to present a case study in which a woman with smoking problems received treatment to

³¹ Universidad Autónoma de Coahuila prosas@uadec.edu.mx

³² Universidad Autónoma de Coahuila karlaveldes@uadec.edu.mx

³³ Universidad Autónoma de Coahuila gvaldivia@cpccm.com.mx



achieve abstinence. The participant was a 39-year-old woman from the state of Sonora, who started using tobacco at the age of 13 and tried to quit smoking for about two years with no success. The treatment protocol "Program 2001 to stop smoking" proposed by Becoña and Míguez in 2006 was applied. The intervention was implemented in video calls. The treatment results were effective since the patient achieved tobacco abstinence in session 5 of the protocol. Also, the implemented strategies regulated the desire and behavior to smoke. It is concluded that adequate treatment can favor abstinence from tobacco, the implemented program was effective.

Keywords: addictions; smoking; abstinence; case study; cognitive-behavioral.

Introducción

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en todo el mundo, principalmente en países desarrollados (Barra, Fernández, Granada, Ávila, Mallea, & Rodríguez, 2015; Becoña, 2003; Martínez, Fernández, López, Rodríguez, Martínez, & Becoña., 2016). Además, se considera que el tabaquismo es un problema de salud pública que ha estado presente en la historia de la humanidad por mucho tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) el tabaquismo es considerado una epidemia, debido a la cual se registran aproximadamente 6 millones de muertes al año dado al consumo del tabaco y sus consecuencias, secuelas e impacto en terceros, en este sentido la misma OMS hace referencia a que cada año mueren más de 600,000 personas no fumadores debido al contacto que tienen con el humo del cigarro.

La mayoría de las personas fallece por cáncer, cardiopatías, asma, entre otras enfermedades. Así mismo, el tabaquismo es uno de los ocho principales motivos de muerte a nivel mundial y, en caso de que las prospectivas continúen en la misma dirección, se calcula que para el año 2030 las muertes sean más de 8 millones al año. Además, se ha comprobado que el fumar aumenta de manera significativa las probabilidades desarrollar cáncer (Caicoya & Mirón, 2003), esclerosis múltiple (Rodríguez, Del Campo, Paz, Martínez, Cebrián, Suárez & Mouriño, 2009), enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, alteraciones



en el sistema reproductivo, problemas dentales, úlcera péptica y enfermedades de los ojos (Lira, González, Carrascoza, Ayala & Cruz, 2009).

Dejar de fumar para esta población que cuenta con enfermedades debido al consumo del tabaco, repercute de manera positiva y significativa en sus vidas: se incrementa la posibilidad de vivir más años, se disminuye el riesgo de enfermedades más graves y de posibles intervenciones quirúrgicas, así mismo, mejoran sus capacidades para realizar ejercicios o practicar deportes, ayuda en su movilidad y mejora su calidad de vida (Piñeiro & Becoña, 2013).

En relación con datos nacionales, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017) menciona que en México en año 2016 el número de fumadores fue de 14.9 millones de personas, dentro de las cuales se encuentran fumadores que consumen el tabaco de manera diaria (5.4 millones) y quiénes fuman de manera ocasional (9.4 millones). La media de los cigarros diarios que consume un fumador en México es de 7.4 cigarros. De todos ellos, el 73.6% de los fumadores quieren dejar el tabaco.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) refiere que el tabaquismo causa la muerte de 135 personas al día, lo que se traduce en casi 50 mil personas fallecidas al año por motivo del consumo de tabaco (IMSS, 2018). Además de que favorece que se presenten otros padecimientos relacionados con el tabaquismo, como lo son problemas cardiacos, problemas pulmonares, derrames cerebrales y neumonías que registran un aproximado de seis muertes cada hora, lo cual se traslada a 144 muertes diarias y 52,560 muertes anuales (IMSS, 2018).

Trabajar para la eliminación del consumo del tabaco puede ayudar a que millones de personas no mueran alrededor del mundo, además de forma indirecta también ayuda a mejorar el medio ambiente y combatir la pobreza, igualmente las empresas se ven afectadas, debido a que el tabaquismo disminuye la productividad laboral de las personas que la consumen (OMS, 2017).

Aunado a los problemas de salud física que el tabaco trae consigo, se encontró en un trabajo realizado por Urdapilleta et al. (2010) en la que medían sintomatología ansiosa y depresiva en personas fumadoras, que existe una asociación significativa y positiva entre el



consumo de tabaco, la ansiedad y depresión, información que también se ha corroborado en otras investigaciones (Castaño et al., 2008).

Justificación

Al mencionar todas las ventajas que se asocian al consumo de tabaco, resulta complicado pensar porque existen tantas personas con esta adicción, pero es importante resaltar que dejar de fumar no es algo sencillo, ya que se ha adquirido este hábito mediante el condicionamiento pavloviano, así como las sensaciones que el tabaco generan en la persona (Moreno & Herrero, 2000). Aunado a esto, es importante resaltar tres características que dificultan el abandono de esta conducta: 1) la disponibilidad, accesibilidad y publicidad del tabaco, 2) factores psicológicos y cognitivos de reforzamiento y 3) la dependencia fisiológica a la nicotina (Becoña, 2010).

Los factores de riesgo para caer en adicciones se pueden dividir en cinco grupos: 1) factores familiares: el consumo de sustancias por partes de los padres, la baja supervisión familia, conflictos familiares, bajas expectativas para el éxito o abuso físico. 2) Factores comunitarios: carencias económicas y sociales, disponibilidad a las drogas, movilidad de lugar de vivienda. 3) Factores de los compañeros: compañeros consumidores, delincuencia, rechazo por parte de los pares. 4) Factores escolares: bajo rendimiento, baja asistencia a la escuela, escuelas con mucho alumnado. 5) Factores individuales: biológicos, psicológicos, conductuales y rasgos de personalidad (Becoña & Cortés, 2010).

Con la misma clasificación se pueden ajustar los factores en un sentido positivo como factores de protección, los cuales se describen a continuación: 1) factores familiares: apego familiar, creencias familiares saludables, altas expectativas parentales, dinámica familiar positiva. 2) Factores comunitarios: apoyo externo positivo, dificultad para el acceso de las sustancias, normas culturales positivas, redes de apoyo dentro de la comunidad. 3) Factores de los compañeros: compañeros no consumidores, resistencia a la presión de los pares. 4) Factores escolares: escuela de calidad, cuidado y apoyo de los profesores, clima institucional positivo. 5) Factores individuales: religiosidad, creencia en el orden social, tener habilidades sociales, sana autoeficacia, tener aspiraciones a futuro y resiliencia (Becoña y Cortés, 2010).



Actualmente se han reportado diversas intervenciones psicológicas que cuentan con resultados efectivos para el deceso del consumo del tabaco (Bello, Bello, Flores, Bello & Chamorro, 2009; Fernández, López y Becoña, 2011; Olano, Matilla, Sánchez, & Alarcón, 2005). Entre estas se menciona que las intervenciones de autoayuda son las menos costosas y las más preferidas por los consumidores, ya que ofrece privacidad para llevarse a cabo, sin embargo, son programa estándares y no toman en cuenta la individualidad de cada persona (Míguez & Becoña, 2011).

Becoña & Cortés., (2008) afirman que para trabajar con pacientes dependientes a alguna sustancia será crucial conocer la situación personal de cada paciente: su estado psicológico y todas las características individuales que han generado y mantenido el problema, por eso, las intervenciones, aunque se sigan protocolos, tendrían que ser particularizadas dependiendo de cada caso.

La intervención clínica para tratar problemas de tabaquismo ha demostrado ser efectiva y eficaz, ya sea una atención muy breve, como dar consejos mínimos hasta la mediación intensiva con apoyo en un médico y la utilización de la farmacoterapia (López, et al., 2007).

De igual manera, Rodríguez (2006) menciona que uno de los objetivos más importantes al momento de trabajar con protocolos para la adicción al tabaco es buscar la adherencia al tratamiento para obtener una disminución o eliminación del consumo y de esta manera reducir los riesgos de enfermedades comórbidas y tener una mejora en la calidad de vida.

La intervención cognitivo conductual es la que ha mostrado mejores resultados (Becoña, 2010; Bello, et al., 2009; Olano, et al., 2005;), la cual tiene como objetivo que el fumador reconozca su adicción y modifique su estilo de vida, aportándole estrategias y habilidades a utilizar para evitar el consumo y logre la abstinencia (Bello, et al., 2009). Estas intervenciones pueden tener mayores resultados positivos a las intervenciones que únicamente se enfocan en tratar la parte farmacológica de la adicción (Olano et al., 2005).

Olano, et al., (2005), propone los siguientes pasos para iniciar con el tratamiento del abandono de tabaco: 1) establecer fecha para dejar de fumar, 2) buscar apoyo social, 3)



identificar y anticipar desencadenantes de la conducta de fumar, 4) control de estímulos, 5) resolución de problemas, 6) apoyo social por parte del profesional de la salud, 7) recomendar uso de tratamiento farmacológico y 8) facilitar materiales de autoayuda.

Después es importante programar un seguimiento, el cual sea oportuno, programado y que requiera un mínimo de esfuerzo – tiempo, ya que este problema cuenta con bastantes recaídas y es crucial monitorear el desarrollo y avance del paciente una vez que se consiguió la abstinencia (Olano et al., 2005).

Otros programas cognitivos conductuales, proponen la utilización de técnicas que ayuden al paciente a controlar su consumo y sus deseos, de esta manera, recomiendan utilizar componentes de psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, apoyo social, técnicas de relajación y una estrategia gradual para reducir hasta llegar a eliminar la cantidad de nicotina y alquitrán consumidos por el paciente (Pérez García, Jiménez, Escalas, & Gervilla, 2020).

Becoña & Cortés (2010) refieren que las estrategias recomendadas son las de entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, exposición de señales, prevención de recaídas, programas de reforzamiento comunitario, manejo de contingencia y habilidades de afrontamiento basados en la prevención de recaídas.

La intervención cognitiva consta de identificar y modificar las creencias centrales de los pacientes, analizando los pensamientos automáticos, surgen de las creencias centrales. Estas creencias son la manera en que las personas interpretan el mundo, y es una manera idiosincrática de ver los sucesos de la vida. La importancia de trabajar estos puntos es que, según la persona interprete las situaciones tendrá una respuesta emocional, cognitiva y conductual, lo cual, puede derivar con una respuesta de consumo (Becoña & Cortés, 2008).

La terapia cognitiva de duración breve ha demostrado tener buenos resultados para lograr una disminución significativa o una total abstinencia en pacientes que refieren consumo de tabaco (Becoña & Cortés, 2008).

En un estudio realizado por Alonso, Alonso, García, Fraile, Lobo, & Secades. (2014) observaron que aplicar un tratamiento a distintas personas con problemas de tabaquismo (personas que fumaban mínimo 10 cigarrillos al día) tenía resultados positivos, ya que hubo



una tasa de abstinencia del 36% en el periodo de un año. Las personas que no lograron dejar el cigarro al cien por ciento demostraron una baja significativa en su consumo diario, utilizando como estrategia principal la disminución gradual del consumo de la nicotina y el alquitrán.

El objetivo del trabajo fue presentar un estudio de caso, en el que se atendió a una mujer con problemas de tabaquismo y se buscó la abstinencia, aplicando el protocolo propuesto por Becoña & Míguez (2006).

Método

Participante. La persona que fungió como paciente fue una mujer de 39 años, a quien para objetos de este estudio llamaremos Cristina. Separada, con tres hijos. Vive en el estado de Sonora, México. Inició a fumar a la edad de 13 años y al momento de la intervención, solo reportaba un periodo de dos años en los que no fumó (de los 34 a los 36), sin embargo, desde los 36 años, hasta la fecha, había continuado con el consumo del tabaco.

Evaluación. Se le aplicaron un total de cinco pruebas psicológicas para conocer algunas de sus características psicológicas antes de iniciar el tratamiento, las cuales se describen a continuación.

Lista de síntomas (SCL90): este instrumento consta de 90 ítems y mide aspectos sintomatológicos de la persona. Está dividido en nueve dimensiones: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicotismo (Fouilloux, Barragón, Ortiz, Jaimes, Urrutia, & Guevara, 2013).

Según los resultados de esta prueba se puede decir que Cristina muestra problemas clínicos en las subescalas: somatización, obsesivo compulsivo, depresión y hostilidad. Se puede observar que su línea gráfica va por encima de la línea de la población promedio.

Inventario de depresión de Beck (BDI): consta de 21 ítems y mide el nivel de sintomatología depresiva que la persona posee, en la cual se pueden obtener puntuaciones de 0 a 63 (Fouilloux et al., 2013). En este inventario el puntaje obtenido fue de 13 puntos, lo cual significa que se encuentra en el rango de depresión leve.



Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): consta de 224 ítems, en los cuales evalúa maneras de responder ante la ansiedad (cognitiva, fisiológica y motora) y tipos de ansiedad (pensamientos negativos hacia sí mismo, evaluación negativa de los demás, falta de concentración, inseguridad y preocupación general) (García, Cano & Herrera, 2014).

Esta prueba nos indica que el tipo de respuesta que comúnmente tiene ante eventos que le generen ansiedad es una respuesta cognitiva, esto quiere decir que cuando suceda algo estresante, tenderá a tener pensamientos rumiativos de la situación, aunque el nivel no es tan alto, ya que es un nivel moderado, con un puntaje de 60. Este tipo de respuesta será más común que se presente cuando se encuentre en una situación cotidiana o en una situación interpersonal.

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad (SCID II): consta de 119 ítems, en los cuáles se miden los 10 trastornos de la personalidad existentes en el DSM-IV (Álvarez, 2018).

Aquí se observó que no tiene ningún trastorno de la personalidad, sin embargo, obtuvo un puntaje significativo en el trastorno límite de la personalidad y en trastorno por evitación, lo cual significa que su estilo de personalidad tiene a ser tipo límite y por evitación.

Test de Creencias Irracionales de Ellis: consta de 100 ítems que miden diez tipos de creencias irracionales: necesidad de aprobación, altas expectativas, culpabilización, falta de control emocional, indefensión, perfeccionismo, dependencia de los demás, ansiedad a futuro, evitación de problemas y baja tolerancia a la frustración (Calvete & Cardeñoso, 1999). En los resultados de este test se observó una creencia que le genera problema “la felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final”. Además, tres creencias en riesgo: “es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas”, “se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos”, “los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente”. Las demás creencias se reportan con puntajes bajos.

Tratamiento. El tratamiento aplicado fue el propuesto por Becoña & Míguez (2006), llamado “Programa 2001 para dejar de fumar”, el cual es un tratamiento cognitivo



conductual, que adaptó la intervención de autoayuda para poder ser llevado como tratamiento psicológico.

Este protocolo de intervención cuenta con ocho puntos que son la base del tratamiento: 1) contrato del tratamiento, 2) registro de los cigarros que se fuman al día, así como el llenado de la gráfica correspondiente, 3) psicoeducación en relación al tabaco, 4) control de estímulos, 5) estrategias para evitar el síndrome de abstinencia, 6) retroalimentación de los cambios fisiológicos observados al fumar y dejar de fumar, 7) disminución escalonada del consumo de nicotina y alquitrán y 8) prevención de recaídas (Becoña & Míguez, 2006).

Aunque este tratamiento se inició como un programa de autoayuda, la intervención guiada tiene como objetivo personalizar la atención brindada al paciente y que aumente las probabilidades de obtener la meta de disminuir o eliminar por completo el consumo (Becoña & Míguez, 2006). El presente tratamiento fue llevado a cabo por medio de videollamadas, utilizando la plataforma “Zoom” como vía de comunicación.

Las sesiones se llevaron a cabo del 22 de febrero de 2021 al 08 de abril del 2021. La primera sesión fue de entrevista inicial, así como el llenado de formatos oficiales, principalmente el consentimiento informado, en donde la paciente es informada del proceso terapéutico, así como de una posible publicación del caso con fines científicos, guardando la confidencialidad de la persona. La segunda vez que se vio a la paciente se inició con el tratamiento. Las sesiones tenían una periodicidad semanal, y una duración de una hora.

Resultados

A partir de los resultados obtenidos, se estableció el diagnóstico de: Z72.0 Trastorno por consumo de tabaco. Leve.

Se realizó este diagnóstico debido a que se cumplen los criterios para el diagnóstico de este trastorno, contando con los siguientes indicadores establecidos según la American Psychiatric Association (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2014)



1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.

Entrevista inicial. En la entrevista inicial la paciente reportó como motivo de consulta, el “dejar de fumar”. Cristina ya mostraba efectos del tabaco: se cansaba con facilidad, le faltaba respiración, dificultad para hablar y mal aliento. Lo que la motivó buscar ayuda fueron sus deseos de ser un buen ejemplo para sus hijos, así como una preocupación debido a la pandemia actual del COVID-19.

Refirió iniciar su consumo a la edad de 13 años, por presión social por parte de sus compañeros de la escuela. Desde entonces hasta la fecha tuvo un periodo de dos años en los que no fumó (de los 34 a los 36 años) y desde los 36 hasta la fecha (39) ha continuado con el consumo.

Comentó que fumaba para relajarse (eliminar el estrés), cuando tenía problemas emocionales, en eventos sociales y cuando se sentida frustrada. Últimamente, refiere que su cuerpo le había pedido fumar, en ocasiones se despertaba a las 3 de la mañana con ganas de fumar, lo cual hacía y se volvía a acostar.

Como primera tarea se le solicitó llevar un registro de los cigarros que fumara de manera diaria, así como contestar las pruebas indicadas previamente.

Sesión 1 del tratamiento. Se le entregaron resultados de las pruebas y el diagnóstico. Se inició la aplicación del protocolo de intervención para dejar de fumar de (Becoña & Míguez, 2006). Se brindó psicoeducación en relación con el consumo del tabaco, y se solicitó un listado de los motivos por los cuales quería dejar de fumar, los cuales según la paciente para ella eran: salud dental, condición física, ser ejemplo de sus hijos y no querer depender del cigarro. Posteriormente se generó un cuadro comparativo de cosas a favor - le relaja, le distrae y le quita la frustración - y en contra del consumo - se fatiga con rapidez, huele mal, le duelen los dientes y se ve mal fumando – además se registró la cantidad de cigarros



fumados durante la última semana para hacer el gráfico correspondiente en esta semana, fumó un total de 47 cigarrillos (Ver figura 1).

De tarea se dieron las siguientes indicaciones: realizar el registro y gráfica de los cigarrillos fumados en la semana; comunicar a otras personas que en 30 días dejaría de fumar; modificara la marca de cigarrillos ya que estaba fumando cigarrillos con un nivel de 0.8 mg. de nicotina y se le solicitó cambiarlos por unos cigarrillos que tuvieran como máximo 0.6 mg.; no fumar más que la semana pasada; dejar un tercio del cigarrillo sin fumar; tener el cigarrillo el menor tiempo posible en la boca y no aceptar cigarrillos de otras personas.

Sesión 2 del tratamiento. Para la segunda sesión del tratamiento, Cristina refirió haber cumplido todas las tareas indicadas. Además, su consumo de cigarrillos semanales bajó de 47 a 25. Empezó a consumir cigarrillos con un nivel de 0.5 mg. de nicotina, sin reportar dificultades al cambiar de marca.

Se enseñó la técnica de control de estímulos, en la que se llegó al acuerdo de guardar sus cigarrillos en un lugar en el que le costara un poco de trabajo tomarlos para así evitar el consumo constante en el día a día. Comentó que pondría los cigarrillos en lo alto de un mueble o que los dejaría en su carro. Por otra parte, para evitar el síndrome de abstinencia se le enseñaron técnicas de distracción conductual, como realizar ejercicio o beber agua.

De tareas se le dejó registrar su consumo de cigarrillos, fumar hasta la mitad el cigarrillo, no aceptar ofrecimientos, cambiar de marca a una que contienen 0.4mg. de nicotina, estar atenta a antecedentes y consecuentes del consumo, seleccionar tres situaciones en las que dejaría de fumar a lo que la paciente seleccionó las de después de comer, antes del zoom y después del café y analizar las reacciones de las personas a las que le dijo que dejaría de fumar en un mes.

Sesión 3 del tratamiento. La paciente refirió no haber cumplido con el cambio de marca de cigarrillos, ya que no encontró la marca con 0.4mg. de nicotina o menor. Sí cumplió con solo fumar la mitad de los cigarrillos, aunque algunos (pocos) sí los fumó completos, sobre todo en el fin de semana, debido al fallecimiento de un familiar.

En relación con esto, menciona no haberle afectado tanto la pérdida de su familiar, sin embargo, al reunirse con familiares y haber una situación tensa, se motivó a fumar. El



consumo de esta semana fue de 40 cigarros, siete menos que la primera semana de registro, pero 15 más que la semana anterior.

En sesión se revisó el ABC de Ellis para analizar las creencias que motivan el acto de fumar. Al mismo tiempo se verificó que las estrategias de control de estímulo y evitar el síndrome de abstinencia hayan funcionado. Cristina refirió que lo que más le funcionó fue ponerse a limpiar su casa cuando tenía ganas de fumar, lo cual hacía que olvidara el deseo y pudiera controlar la conducta.

De tarea se dejó el registro de consumo de tabaco, fumar máximo la mitad del cigarro, retrasar un mínimo de 30 minutos el consumo del cigarro después de despertarse, retrasar mínimo 15 minutos el consumo del tabaco después de cada comida, analizar antecedentes y consecuentes de fumar, disminuir un 30% su consumo de cigarros, indicar nuevas situaciones en las que dejaría de fumar, lo que indicó después de la comida, al levantarse, después de la cena y antes de dormir y analizar reacciones de los demás al decirles que dejará de fumar. El máximo de cigarros que podía consumir fueron 28 a la semana.

Semana 4 del tratamiento. Cristina logró llevar a cabo las tareas asignadas, la cantidad de cigarros fue de 21, consumiendo solo la mitad de estos. En la sesión se planificó el proceso de abandono total de la nicotina, en donde se planificó la estrategia para que fumara cuatro cigarros el día uno de la semana, tres los días dos y tres, dos los días cuatro y cinco, uno el día seis y ninguno el día 7, a lo que la paciente aceptó (tabla 1).

Tabla 1

Cigarros permitidos por día

Día	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles
Cigarros permitidos	4	3	3	2	2	1	0

Se realizó la prevención de recaídas, así como reforzamiento en el control de estímulos para el cual se continuó dejando los cigarros en muebles altos o en el carro y la prevención del síndrome de abstinencia se dieron las opciones de hacer ejercicio, limpiar su casa, llamar por teléfono a algún familiar o amigo y tomar agua.



De tarea se le solicitó registrar el consumo de tabaco, fumar máximo la mitad del cigarro, no aceptar ofrecimientos, retrasar mínimo 45 minutos el cigarro después de despertarse o después del desayuno, retrasar mínimo 30 minutos el cigarro después de comer, del café o del desayuno, indicar antecedentes y consecuencias de fumar, reducir el número de cigarros día a día, hasta que el último día de esta semana quede en cero, si se tenía un impulso o tentación de fumar, analizarlo y fijarse como se eliminaba el deseo sin necesidad de encender un cigarro y reflexionar en la diferencia entre caída y recaída.

Semana 5 del tratamiento. La paciente realizó de manera completa las indicaciones y tareas de la sesión anterior, por lo que a esta sesión llegó habiendo dejado por completo el consumo del tabaco. En esta semana fumó un total de tres cigarros, uno los primeros tres días de la semana, por lo que los últimos cuatro días ya no había fumado un solo cigarro.

Se volvió repasar la diferencia entre caída y recaída, para trabajar la prevención de recaídas. También se observaron acontecimientos posibles ante los cuales podría tener la tentación de fumar para que ella misma desarrollara soluciones a esas hipotéticas situaciones. Por último, se le motivó a seguir aplicando todas las estrategias aprendidas en este protocolo para futuras dificultades.

De “tarea” se le pidió que observara los beneficios de dejar de fumar, las sensaciones de vivir sin tabaco y analizar las creencias que tiene alrededor del consumo de cigarros.

Aquí se dio por terminada la intervención del protocolo *Programa 2001 para dejar de fumar* (Becoña & Míguez, 2006), ya que se había alcanzado el objetivo establecido inicialmente. Sin embargo, se programó una sesión para dar seguimiento al caso.

Seguimiento. Una semana después de haber finalizado el tratamiento, se tuvo sesión con Cristina, quien mencionó no haber fumado un solo cigarro en toda la semana, además, ha seguido utilizando las estrategias de distracción, ya que dos días tuvo mucho deseo de fumar, pero se puso a limpiar su casa y eso le ayudó a sobrepasar el deseo.

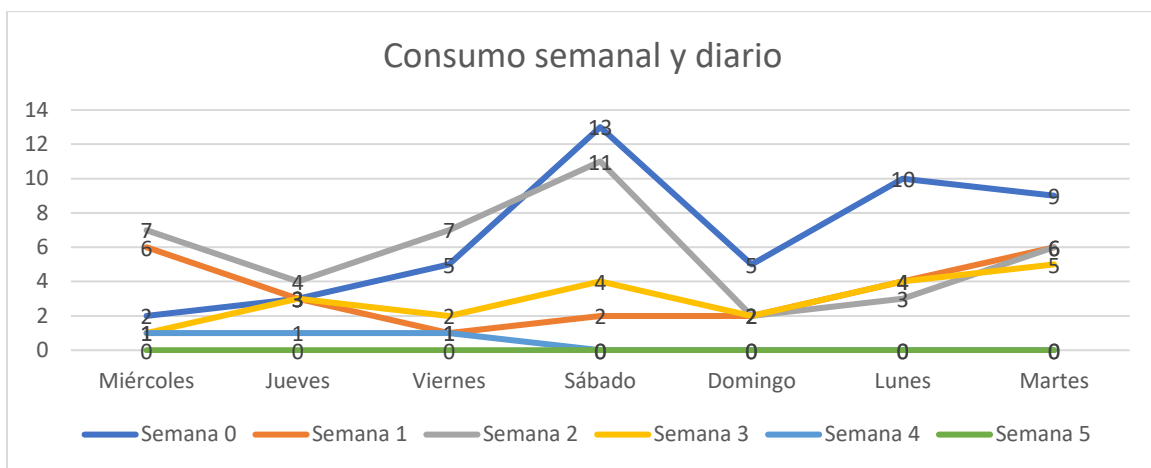
Se realizó un plan para no caer en el deseo si este llega cuando se está en una reunión social, Cristina propuso: 1) realizar ejercicios de distracción mental y 2) escribir una nota que diga *no he llegado tan lejos para caer aquí*. Por otra parte, se le motivó a traer consigo una

nota de los motivos que ella puso en el inicio de la intervención para dejar de fumar y leerlos cuando sienta esos deseos.

Para apreciar la cantidad de cigarrillos fumados cada semana se muestra la siguiente gráfica que representa los cigarrillos que Cristina fumó en cada semana. La semana “0” indica una semana antes de haber iniciado el tratamiento, la semana 1 es la semana después de la primera sesión, semana 2 después de la segunda sesión, y así sucesivamente.

Figura 1.

Consumo de cigarrillos por semana y por día



Discusión

De manera general se puede afirmar que los resultados obtenidos en el tratamiento fueron positivos, ya que la paciente logró dejar el consumo del tabaco en su totalidad para la sesión de intervención número 5 (Becoña & Míguez, 2006).

Así mismo, se pudo observar que los síntomas que el tabaco genera en los consumidores (Lira, et al., 2009), concuerdan con los que Cristina refiere tener, por ejemplo, problemas para respirar, falta de condición física, mal olor y problemas dentales.

Por otra parte, a lo largo de las sesiones, Cristina refirió sentirse ansiosa, además obtuvo puntajes altos en sintomatología obsesivo-compulsivo del SCL90 y puntuaciones



moderadas de ansiedad en el ISRA. Así mismo en la prueba SCL90 obtuvo puntuaciones de depresión altas. Esto concuerda con lo mencionado por Castaño et al. (2007); y Urdapilleta et al. (2010); y quienes refieren que la sintomatología ansiosa y depresiva se correlaciona de manera significativa y positiva con el consumo del tabaco.

Los factores de riesgo (Becoña 2002, en Becoña, et al., 2010) que se observaron para que Cristina iniciara el consumo fueron principalmente los en sus relaciones sociales con pares, ya que inició a fumar con sus amigos de la secundaria, para sentirse parte del grupo social; así como la facilidad para conseguir cigarros favoreció el inicio y mantenimiento de la conducta. Los factores protectores mencionados por el mismo autor, que ayudaron a que la paciente dejara el consumo fueron principalmente los factores familiares, ya que Cristina posee una creencia familiar saludable y no quiere ser un mal ejemplo para sus hijos. Además, demostró tener adecuadas habilidades sociales para no aceptar cigarros (factor individual).

En relación con el tratamiento, se confirma la eficacia de una intervención cognitivo conductual para lograr que un paciente logre la abstinencia al consumo del tabaco, por lo que se concuerda con lo reportado por diversos autores (Bello et al., 2009; Becoña & Cortés., 2008; Becoña, 2010; López, et al., 2007; Olano et al., 2005).

También se confirma la importancia del apoyo social al momento de dejar de fumar, la identificación de antecedentes y consecuentes de fumar, el control de estímulos y el apoyo por parte de un profesional (Olano, et al., 2005), el control del deseo de fumar, la psicoeducación, reestructuración cognitiva y técnicas de relajación (Pérez, et al., 2020). Por último, las habilidades sociales y de afrontamiento, la prevención de recaídas, el manejo de contingencias y las habilidades de afrontamiento basados en prevención de recaídas (Becoña et al., 2010).

El protocolo llamado *Programa 2001 para dejar de fumar* (Becoña & Míguez, 2006) demostró ser eficiente, eficaz y práctico, dando resultados alentadores a la paciente tratada, en el tiempo esperado, por ello, se recomienda la utilización de esta intervención para lograr que los pacientes dejen el consumo del tabaco.

Una de las principales limitantes de este programa es que hay poco espacio para adecuar el tratamiento para cada paciente. Ciertamente es lo que se recomienda, pero al ser



un programa tan estructurado, no se establece margen para incluir o modificar lo ya establecido, ya que, surge de un programa de autoayuda y no de un protocolo de intervención clínica.

Además, se recomienda dar seguimiento por mayor tiempo a los pacientes que logren la abstinencia del tabaco, ya que es muy probable que en un futuro presenten recaídas (Olano et al., 2005) y aunque el protocolo trabaja con prevención de recaídas, no hay un plan específico para seguir monitoreando a los pacientes que llegando a la sesión 5 o 6 ya hayan cumplido con el objetivo de dejar de fumar.

Referencias bibliográficas

- Alonso, F. Alonso, C. García, J. Fraile, J. Lobo, N. & Secades, R. (2014). Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gaceta sanitaria*, 28(3), 222-224. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.11.002
- Álvarez, L. (2018). Validación convergente de un auto informe de valores prototípicos del trastorno histriónico de la personalidad. *Revista de psicología*, 36(1), 163-187. doi: 10.18800/psico.201801.006
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Panamericana.
- Barra, L. Fernández, P. Granada, F. Ávila, P. Mallea, J. & Rodríguez, Y. (2015). Diagnóstico del consumo de tabaco en estudiantes de pregrado de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Revista médica chilena*, 143(10), 1343-1350. doi: 10.4067/S0034-98872015001000014
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, 24(85). 48-69. ISSN: 0214-7823
- Becoña, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. España: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.



- Becoña, E. & Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. España: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. & Míguez, M. (2006). Dejar de fumar desde casa: el “programa 2001 para dejar de fumar”. *Psicooncología*, 3(2-3), 319-336. ISSN 1696-7240
- Bello, S. Flores, A. Bello, M. & Chamorro, H. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 25(4), 218-230. doi: 10.4067/S0717-73482009000400003
- Caicoya, M. & Mirón, J. (2003). Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles. *Gaceta Sanitaria*, 17(3), 226-230. doi: 10.1016/S0213-9111(03)71732-4
- Calvete, E. & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Añales de psicología*, 15(2), 179-190. ISSN: 0212-9728
- Castaño, J. Páez, M. Pinzón, J. Rojo, E. Sánchez, G. Torres, J. Valencia, M. García, C. & Gallego, C. (2008). Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales 2007. *Revista de la facultad de medicina*, 56(4), 302-317. ISSN 0120-0011
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 reporte de tabaco (ENCODAT)*. México: Secretaría de Salud.
- Fernández, E. López, A. & Becoña, E. (2011). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de la personalidad. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 175-184. ISSN: 0214-7823
- Fouilloux, C. Barragón, V. Ortiz, S. Jaimes, A. Urrutia, M & Guevara, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de medicina. *Salud mental*, 36(1), 59-65.
- García, Z. Cano, A. & Herrera, S. (2014). Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles. *Escritos de psicología*, 7(3), 25-32. doi: 10.5231/psy.writ.2014.1310



- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Por tabaquismo mueren en México 135 personas al día. México (No. 2018/138). *IMSS*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/138>
- Lira, J. González, F. Carrascoza, C. Ayala, H. & Cruz, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud mental*, 32(1), 35-41. ISSN 0185-3325
- López, M. Anido, T. Rovira, M. Goja, B. Tubino, M. Alfonso, G. Vezoli, M. Garateguy, E. Bermúdez, F. & López, R. (2007). Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Revista médica uruguaya*, 23(1), 25-33. ISSN 1688-0390
- Martínez, U. Fernández, E. López, A. Rodríguez, R. Martínez, E. & Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? *Acción psicológica*, 13(1), 7-20. doi: 10.5944/ap.13.1.16722
- Míguez, M. & Becoña, E. (2011). Evaluación de la adherencia a un tratamiento conductual para dejar de fumar: análisis de casos. *Análisis y modificación de conducta*, 37(155-156), 1-30. doi: 10.33776 / amc.v37i155-156.1315
- Moreno, J. Herrero, O. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*, 12(3), 329-341. doi: 10.20882/adicciones.644
- Olano, E. Matilla, B. Sánchez, E. & Alarcón, E. (2005). ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. *Atención primaria*, 36(9), 515-523. doi: 10.1016/S0212-6567(05)70555-2
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Día Mundial Sin Tabaco 2017: vencemos al tabaco en favor de la salud, la prosperidad, el medio ambiente y el desarrollo de los países. Suiza. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/30-05-2017-world-no-tobacco-day-2017-beating-tobacco-for-health-prosperity-the-environment-and-national-development>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). 10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco. Suiza. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de



https://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es/#:~:text=En%20total%2C%20la%20epidemia%20de,de%20defunci%C3%B3n%20en%20el%20mundo.

- Pérez, F. García P. Jiménez, R. Escalas, T. & Gervilla, E. (2020). Dejar de fumar, terapia cognitivo-conductual y perfiles diferenciales con árboles de decisión. *Clínica y salud*, 31(3), 137-145. doi: 10.5093/clysa2020a12
- Piñeiro, B. & Becoña, E. (2013). Tratamiento de la dependencia del tabaco en un fumador que ha tenido un cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 9(2-3), 415-437. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40912
- Rodríguez, A. Del Campo, M., Paz, J. Martínez, J. Cebrián, E. Suárez, P. & Mouriño, M. (2009). Estudio de casos y controles sobre la influencia del hábito tabáquico en la esclerosis múltiple. *Neurología*, 24(3), 177-180. ISSN 0213-4853
- Rodríguez, F. (2006). Caso clínico de varón consumidor de 50 cigarrillos diarios. *Trastornos adictivos*, 8(3), 186-192. doi: 10.1016/S1575-0973(06)75120-0
- Urdapilleta, E. Sansores, R. Ramírez, A. Méndez, M. Lara, A. Guzmán, S. Ayala, F. Haro, R. Cansino, S. & Moreno, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud pública de México*, 52(2), 20-28. doi: 10.1590 / S0036-36342010000800007



Factores psicosociales relacionados al confinamiento por covid-19 en estudiantes

Psychosocial factors related to covid-19 confinement in students

*García-Carrum Tiffany Yunuen*³⁴

*de la Cruz-Monrreal Clarissa*³⁵

*Pérez-Pedraza de los Ángeles Barbara*³⁶

*Valdés-García Karla Patricia*³⁷

Resumen

En la actualidad el confinamiento por COVID-19 ha traído efectos negativos en la salud mental de los estudiantes universitarios, disminuyendo la percepción de autoeficacia e incrementando el nivel de los desajustes emocionales y de ansiedad según los datos obtenidos en esta investigación. El presente trabajo de corte cuantitativo descriptivo y transversal, tiene el objetivo de medir el nivel de regulación emocional, autoeficacia y ansiedad en estudiantes de psicología, mediante una muestra por voluntarios, se seleccionaron 192 estudiantes de la Universidad Autónoma de Coahuila. Se aplicó la Escala de Autoeficacia, la Escala de dificultad en la Regulación Emocional (DERS) y la subescala de ansiedad de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados obtenidos indican que el 65.4% de los estudiantes presentan un alto nivel de autoeficacia, un 42.4% de los estudiantes universitarios presentaron un bajo nivel de regulación emocional. Por otro lado, en cuanto a la presencia de ansiedad, un 37.7% de los estudiantes no la presenta y un 27.2% presenta ansiedad extremadamente severa. Lo anterior demuestra los estudiantes presentan altos niveles de desregulación emocional y ansiedad, sin embargo, también se observa que la mayoría presenta un alto nivel de autoeficacia, que puede funcionar como factor protector de la ansiedad. De esta manera se enfatiza la necesidad de programas de detección, canalización

³⁴ Universidad Autónoma de Coahuila t.garcia@uadec.edu.mx

³⁵ Universidad Autónoma de Coahuila c_cruz@uadec.edu.mx

³⁶ Universidad Autónoma de Coahuila barbara_perez@uadec.edu.mx

³⁷ Universidad Autónoma de Coahuila karlavaldes@uadec.edu.mx



y atención de estudiantes en riesgo de desarrollo de ansiedad u otros trastornos mentales, así como para el fortalecimiento de factores protectores y de capacidades personales.

Palabras clave: regulación emocional; autoeficacia; ansiedad; COVID-19.

Abstract

Currently, confinement due to COVID-19 has had negative effects on mental health in university students, decreasing the perception of self-efficacy and increasing the level of emotional and anxiety imbalances. The present descriptive and cross-sectional quantitative work has the objective of measuring the level of emotional regulation, self-efficacy, and anxiety in psychology students. Through volunteer sampling, 192 students from the Autonomous University of Coahuila were selected. The Self-efficacy Scale, the Difficulty in Emotional Regulation Scale (DERS), and the anxiety subscale of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) were applied. The results obtained indicate that 65.4% of the students present a high level of self-efficacy, 42.4% of the university students presented a low level of emotional regulation. On the other hand, regarding the presence of anxiety, 37.7% of the students do not present it, and 27.2% present extremely severe anxiety. The foregoing shows that students present high levels of emotional dysregulation and anxiety, however, it is also observed that the majority present a high level of self-efficacy, which can function as a protective factor of anxiety. In this way, the need for detection, channeling and care programs for students at risk of developing anxiety or other mental disorders is emphasized, as well as for the strengthening of protective factors and personal capacities.

Keywords: emotional regulation; self-efficacy; anxiety; COVID-19.

Introducción

El confinamiento por COVID-19 ha sido objeto de estudio y de gran interés durante el último año. Se ha demostrado que dicho evento está trayendo como parte de sus consecuencias efectos negativos en la salud mental de las personas; generando así, niveles altos de síntomas psicopatológicos, tales como ataques de pánico, ansiedad creciente, sintomatología depresiva, sensibilidad interpersonal y somatizaciones (Organización Mundial de la Salud, 2021).



A este respecto, se ha tomado en cuenta que la pérdida de una rutina diaria, la reclusión, el aislamiento social y físico han llevado a las personas a ciertos efectos psicológicos negativos, dado que se ha considerado un factor de estrés o trauma, donde se incluyen cambios en los hábitos de salud, el autocuidado, las relaciones interpersonales, ansiedad excesiva, sensibilidad interpersonal, somatizaciones y trastornos de conducta (Buitrago, Ciurana, Fernández, & Tizón, 2020; Santos, Montero, Ortego, & Peralta, 2020).

Dado que los alcances a la salud mental derivados de la pandemia por COVID-19, no se han medido sistemáticamente debido a lo reciente del fenómeno y las dificultades mismas para el estudio por la inaccesibilidad a la muestra, se anticipa que la COVID-19 tendrá efectos ondulantes sobre la salud mental de las personas (Rodríguez-Quiroga, Buiza, Mon, & Quintero, 2020).

Ahora bien, la pandemia por COVID-19, no solo ha afectado a decenas de miles de personas, sino que también modificó las prácticas educativas tradicionales. Ha desaparecido el modelo educativo presencial y ha pasado a un modelo a distancia o por teleeducación; obligando a estar en un entorno virtual y remoto tanto a estudiantes como a docentes y autoridades educativas (Núñez-Cortes, 2020).

Como consecuencia de esto, los estudiantes están presentando bajos niveles de regulación emocional, autoeficacia y por ende mayores niveles de ansiedad, que se ven reflejados en un aumento en la deserción escolar, bajo rendimiento escolar y pérdida del interés por lo estudios (Morote, Delfín, Moreno & Taype, 2020).

Esta ansiedad es considerada como el conjunto de valoraciones sesgadas y disfuncionales que los individuos hacen de un posible daño o amenaza personal en respuesta a un suceso externo o interno, que en este caso es la misma pandemia por COVID-19. Dicha valoración primaria conlleva a una perspectiva equivocada que subestima la probabilidad de que se pueda producir un daño y la gravedad que se percibe de este mismo. Estos individuos considerados como ansiosos no pueden percibir las señales de seguridad de situaciones de amenaza evaluada y generalmente tienden a subestimar la capacidad con la que cuentan para poder afrontar el daño o peligro anticipado (Clark & Beck, 2012).



En contextos cotidianos la ansiedad afectaba al 58% de los estudiantes universitarios latinoamericanos (Cardona, Pérez, Rivera & Gómez, 2015), especialmente los estudiantes de ciencias de la salud, entre los que se encuentran los de psicología, que presentan mayores niveles de ansiedad, que estudiantes de otras carreras (Castillo Pimienta, Chacón de la Cruz, & Díaz-Véliz, 2016). Sin embargo, el periodo de crisis sanitaria por el que atraviesa el mundo, así como las modificaciones en el modelo educativo de uno presencial a uno en línea, además de las implicaciones sociales, económicas y emocionales del confinamiento prolongado en casa, han generado un aumento en la ansiedad y deterioro en la salud mental en estos estudiantes (Vivanco, Saroli, Caycho, Carbajal & Noé, 2020).

Ahora bien, algunos factores que intervienen en el desarrollo de la ansiedad son la desregulación emocional, como factor de riesgo, y la autoeficacia, como factor protector. Que de acuerdo con Lara & Sánchez (2017), son factores ligados entre sí y que forman parte de la evaluación cognitiva de los eventos, en este caso, la realización de estudios universitarios durante la pandemia por COVID-19.

Uno de los mayores exponentes sobre la regulación emocional, Gross (1999, p. 275), la define como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”. Mientras que Dvir, Ford, Hill y Frazier (2014) refieren que la regulación emocional se refiere a la capacidad que tiene una persona de controlar cómo, cuándo, la intensidad y el balance de la forma en cómo siente, experimenta y expresa sus emociones. De manera que cuando una persona percibe que no tiene un control de estos aspectos, se habla de una desregulación emocional.

Dicho de esta manera, el modelo procesual de regulación emocional (Gross, 1999) propone que esta puede estudiarse en función del lugar en el que la estrategia de regulación se inserta dentro del proceso de generación de la emoción. Dividiéndose en varias fases (Hervás & Moral, 2017):

1. Selección de la situación: En primer lugar, cada persona puede modular el hecho de exponerse a ciertas situaciones y no a otras. Las situaciones vividas que han generado emociones negativas permiten un aprendizaje que puede hacer que la persona las evite



- antes de que el entrar en dicha situación active las emociones no deseadas. En la otra dirección, seleccionar situaciones que generen experiencias positivas también es posible.
2. **Modificación de la situación:** Una vez dentro de una situación, la persona puede intentar cambiar algunos elementos de dicha situación en una dirección u otra, es decir, la situación se puede configurar en parte por la acción u omisión de la persona.
 3. **Modulación de la atención:** Cualquier situación contiene numerosos componentes, aspectos, detalles... etc. Por tanto, una vez la situación se ha configurado, aunque ésta no sea ya fácilmente modificable, siempre se puede dirigir la atención a unos elementos y no a otros de dicha situación. En ocasiones, y es lo que el modelo plantea, la modificación del foco atencional tiene como objetivo regular la posible respuesta emocional. Aunque lo más habitual es un cambio de foco en aspectos externos (p.ej., centrar la atención en las personas sonrientes de un auditorio al hablar en público), también es posible que el cambio de foco atencional se produzca internamente, por ejemplo, prestar atención a un pensamiento en vez de a otro, o prestar atención a una meta en vez de a otra.
 4. **Cambio cognitivo:** La interpretación de la situación es muchas veces un mecanismo clave que explica la reacción emocional subsiguiente. Desde que apareció la terapia cognitiva en los años 60 del siglo pasado se sabe que las interpretaciones tienen muchas veces un margen significativo de cambio. Al igual que sucede en el apartado anterior, en muchas ocasiones ese cambio de interpretación –o reevaluación cognitiva- tiene como objetivo modular la respuesta emocional. Han sido muchas las investigaciones de laboratorio, ya también longitudinales, que muestran que la reevaluación cognitiva es un mecanismo muy útil, y que se asocia con muchos beneficios a nivel psicológico.
 5. **Regulación de la respuesta emocional:** Por último, se puede actuar sobre cada uno de los componentes de la emoción activada. Así, se puede intentar influir sobre la experiencia emocional, la expresión/manifestación conductual o la activación fisiológica. A nivel terapéutico, las técnicas de desactivación tratarán de reducir sobre



todo el componente psicofisiológico de la emoción activada. Y algunos comportamientos de regulación emocional disfuncional como el consumo de sustancias tendrían como objetivo reducir el componente experiencial. Dentro del apartado disfuncional estaría la supresión de la expresión emocional y la supresión de la experiencia emocional, dos estrategias asociadas a distintos trastornos, y con claras consecuencias negativas.

Es así que, si bien se espera que los jóvenes puedan llevar a cabo un proceso de regulación emocional que les permita adaptarse a las circunstancias adversas, es común encontrar a estudiantes universitarios que se presentan sobrecargados emocional o académicamente, expresando así la desregulación emocional; afectando de dicha manera su rendimiento escolar.

Se sabe que los estudiantes con altos niveles de desregulación emocional presentan mayores niveles de estrés percibido (Cabanach, Souto-Gestal, González & Souto, 2016). Además, como se ha mencionado anteriormente, la desregulación emocional suele acompañarse de indicadores de depresión, mismos que han sido predictores significativos de riesgo suicida e insatisfacción con la vida (Gómez, Limonero, Trallero, Montes & Tomás, 2018). Así mismo, la desregulación emocional suele presentarse comórbida con el trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad (Dvir et al., 2014).

En cuanto a la afectación académica por la desregulación emocional, Domínguez-Lara (2018) realizó una investigación sobre el agotamiento académico en universitarios de la carrera de psicología en Perú. donde se demostró que la influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional sobre el agotamiento emocional académico es significativa. Por otro lado, se encontró que los estudiantes con desregulación emocional perciben las situaciones relacionadas con la evaluación y con las deficiencias metodológicas del profesorado en términos más amenazantes (Cabanach, Souto-Gestal, & Fernández Cervantes, 2017).

Por el contrario, la autoeficacia ha sido uno de los factores protectores de los desajustes emocionales como la depresión y la ansiedad, tal como lo mencionó Bandura



(1988), quien definió la autoeficacia como la percepción o sentimiento de adecuación o competencia que tienen las personas respecto al afrontamiento de algún reto o amenaza.

De acuerdo con lo anterior, se ha demostrado en distintos contextos que los bajos niveles de autoeficacia están relacionados con altos niveles de ansiedad, así como de trastornos mentales relacionados a este indicador de salud mental (Yuanyuan, Lan, Liyan, Qiuyan, He, Chunyan, Nannan, Pinyue, & Huiquiao, 2020).

En el aspecto académico se demostró que los estudiantes que presentaban mayor autoeficacia académica son aquellas personas que logran controlar su ansiedad previa al examen, mientras que las que presentan menor autoeficacia suelen buscar apoyo de otras personas (Dominguez-Lara, 2018). Así mismo, la autoeficacia predice mayores niveles de compromiso académico y el compromiso mejora el rendimiento, motivación y metas académicas (Oriol-Granado, Mendoza-Lira, Covarrubias-Apablaza, & Molina-López, 2017; Valle, Regueiro, Rodríguez, Piñeiro, Freire, Ferradás, & Suárez, 2015).

Es por esto que se destaca que ni autoridades educativas, ni investigadores pueden ignorar la importancia de la autoeficacia, ya que es indispensable conocer el impacto que genera esta creencia en los pensamientos, actitudes y las acciones que ejercen en los docentes y en los estudiantes (Gonzales, 2013).

Una vez dicho esto, es importante tomar en cuenta las investigaciones pasadas para observar como la salud mental de los estudiantes afecta desde su desempeño académico hasta su desarrollo dentro de la sociedad. La desregulación emocional, la autoeficacia y la ansiedad son factores que son influidos debido al confinamiento y requieren una solución lo más pronto posible.

A pesar de haber diversos estudios que hablen de estas variables, aún no se ha realizado uno en donde se analicen estas tres variables en conjunto (regulación emocional, autoeficacia y ansiedad). Por otro lado, debido a que el confinamiento por COVID-19 es un acontecimiento nuevo y reciente aún no hay tantos estudios sobre éste.

El objetivo de esta investigación es correlacionar la desregulación emocional, la autoeficacia y la ansiedad en estudiantes ante el confinamiento por COVID-19, de manera que se pueda aportar un nuevo conocimiento a los estudiosos sobre la importancia de la salud



mental y las repercusiones que ésta conlleva para un mejor desempeño escolar. Con la finalidad de aportar una nueva perspectiva sobre cómo el confinamiento está afectando a los estudiantes y poder dar oportunidad de presentar una solución a dicha problemática.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de corte cuantitativo y de diseño no experimental, correlacional y transversal.

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron a 192 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Los criterios de inclusión fueron que al momento de la evaluación estuvieran cursando segundo, cuarto, sexto u octavo semestre de la carrera, dado que es una carrera de ingreso anual y que respondieran por voluntad propia. Se excluyeron a quienes no otorgaron su consentimiento informado. La muestra estuvo conformada por 71% de mujeres y 29% de hombres de entre 17 y 21 años.

Instrumentos

Se utilizó una batería de pruebas acompañada por una cédula de identificación que preguntó por el sexo y el semestre de los estudiantes. Así como escalas para la medición de la desregulación emocional, de autoeficacia y de ansiedad.

Se aplicó la subescala de ansiedad de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), creada por [Lovibond y Lovibond en 1995](#). Tiene el objetivo de evaluar la presencia ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones. Cada ítem se responde de acuerdo con la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Consta de siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 7 puntos, en donde a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad.

Escala de dificultad en la regulación emocional (DERS), diseñada por Gratz y Roemer en el 2004. Este instrumento busca medir varias características de la desregulación emocional (DE), que de acuerdo con los autores está integrado por seis factores: (a) no aceptación de las respuestas emocionales (no-aceptación), (b) dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (metas), (c) dificultades para controlar



comportamientos impulsivos cuando se está alterado (impulsividad), acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (estrategias), (e) falta de consciencia emocional (consciencia), y (f) falta de claridad emocional (claridad). Entre mayor es el puntaje, mayor desregulación emocional (Muñoz et al., 2016).

Y finalmente, la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer fue creada en 1996. El cuestionario original, que consta de 10 ítems con escalas tipo Likert de 4 puntos, evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes (Sanjuán Suárez, Pérez García, & Bermúdez Moreno, 2000).

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en forma de autoaplicación en línea a través de una plataforma diseñada para la evaluación de los constructos a medir. La difusión del enlace se llevó a cabo a través de los maestros de asignatura de la misma facultad, quienes solicitaron voluntarios para el llenado de la batería de pruebas.

La base de datos fue procesada en el programa SPSS-25, se trabajó con estadística paramétrica ($K-S > .05$), en donde se realizaron estadísticos descriptivos con frecuencias y porcentajes, así como análisis correlacionales con la r de Pearson.

Resultados

Los estudiantes presentan altos niveles de desregulación emocional y ansiedad, sin embargo, también se observa que la mayoría presenta un alto nivel de autoeficacia, que puede funcionar como factor protector de la ansiedad. De esta manera se enfatiza la necesidad de programas de detección, canalización y atención de estudiantes en riesgo de desarrollo de ansiedad u otros trastornos mentales, así como para el fortalecimiento de factores protectores y de capacidades personales.

En la tabla 1 se observa que los estudiantes promediaron un nivel leve de ansiedad ($M=1.75$, $DE= 1.64$), donde un 37.7% de los estudiantes no la presenta, un 9.4% se encuentra en un nivel leve, un 19.9% presenta un nivel moderado de ansiedad, un 5.5% presenta un nivel severo y un 27.2% presenta ansiedad extremadamente severa.



Tabla 1. Descripción de niveles de la ansiedad en estudiantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
Sin ansiedad	72	37.7		
Leve	18	9.4		
Moderado	38	19.9	1.75	1.64
Severo	11	5.8		
Extremadamente Severo	52	27.2		

En la tabla 2 se observa que los estudiantes promediaron un nivel severo de desregulación emocional (M=4.09, DE=.869), donde un 42.4% de los estudiantes presentaron una desregulación emocional muy severa, un 24.1% de los estudiantes obtuvieron una desregulación severa. Y un 33.5% de los estudiantes presentaron un nivel moderado de regulación emocional. Por otro lado, cabe mencionar que ninguno de los estudiantes presenta un grado leve o ausente de desregulación emocional.

Tabla 2. Descripción de niveles de la desregulación emocional en estudiantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
Moderado	64	33.5		
Severo	46	24.1	4.09	.869
Muy Severo	81	42.4		

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos de la variable de autoeficacia que presentan los estudiantes universitarios, quienes promediaron un alto nivel de presencia de la variable. Indicando que el 65.4% de los estudiantes presentan un alto nivel de autoeficacia. El 30.4% presenta un nivel moderado y el 4.2% presenta un nivel leve de autoeficacia.

Tabla 3. Descripción de niveles de la autoeficacia en estudiantes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	M	DE
Leve	8	4.2		
Moderado	58	30.4	2.61	.568
Alto	125	65.4		



La tabla 4 muestra los resultados de la correlación de Pearson de las tres variables, en donde se muestra que hay una correlación significativa moderada y positiva entre la ansiedad y la desregulación emocional, mientras que se presentaron correlaciones significativas débiles entre la autoeficacia, la ansiedad y la desregulación emocional.

Tabla 4. Correlación entre ansiedad, desregulación emocional y autoeficacia

	Desregulación emocional	Autoeficacia
Ansiedad	.568**	-.283**
Desregulación emocional		-.356**

** p<.01

Conclusiones y Discusión

Con base en los resultados encontrados se puede observar que algunas variables estudiadas muestran resultados en rangos en riesgo. Esto coincide en las propuestas teóricas que plantean que la pandemia por COVID-19 inciden en el incremento de la vulnerabilidad que puede generar consecuencias en una o varias áreas de su vida, tales como sintomatología psicopatológica, dificultades en sus relaciones interpersonales significativas, disminución en su desempeño académico, por mencionar algunas (Buitrago Ramírez et al., 2020; OMS, 2021; Rodríguez-Quiroga et al., 2020; Santos et al., 2020).

Una de las afectaciones reportadas en los estudios internacionales es el incremento de la sintomatología ansiosa (Vivanco et al., 2020). Específicamente en la muestra estudiada se encontró que al sumar los porcentajes de personas que se clasificaron entre ansiedad moderada a extremadamente severa se tiene un total de 52.9%. Este dato es importante de considerar pues bajo situaciones de estrés académico o de alguna otra fuente esta sintomatología puede incrementarse o generar afectaciones en el desempeño de estudiantes (Chust-Hernández, Castellano-Rioja, Fernández-García, & Chust-Torrent, 2019).

En cuanto a la desregulación emocional, que implica una incapacidad para controlar sus emociones y la expresión de estas (Dvir et al., 2014), se encontró que la mayoría de los estudiantes, encuestados refirieron presentarla de muy severa a severa (66.6%). Además, ninguna persona encuestada se colocó en un nivel leve o ausente en dicha variable.



Esto puede afectar sobre todo las relaciones interpersonales de las y los jóvenes en una etapa del desarrollo en la cual el contar con redes de apoyo y de relación con pares es fundamental. Sin embargo, no se consideró si dicha desregulación se presentaba con la familia, los compañeros de la escuela u otros, lo cual no permite profundizar en las posibles implicaciones que estos resultados pudiesen tener.

Por otra parte, también se encontró un alto nivel de autoeficacia en la mayoría de la muestra (65.4%). Esto cobra importancia al considerar que dicho factor puede funcionar como un factor protector de la sintomatología y malestar que se pueda estar atravesando y que favorece en cierta medida el contar con bienestar emocional en los jóvenes (Bandura, 1988; Yuanyuan, Lan, Liyan, Qiuyan, He, Chunyan, Nannan, Pinyue, & Huiquiao, 2020).

En este aspecto es importante analizar si la autoeficacia se está enfocando a ciertas áreas específicas de la vida de la persona y si se modifica por situaciones contextuales y sociales como las que se han generado a partir de las limitaciones establecidas por el COVID-19.

En cuanto a los resultados de correlación entre dichas variables – desregulación emocional, autoeficacia y ansiedad – se encontró que a mayor desregulación emocional los estudiantes presentan más baja autoeficacia. Por otro lado, a mayor autoeficacia los estudiantes presentan menos ansiedad. Y en cuanto a la presencia de ansiedad, los estudiantes que la presentan tienen una menor autoeficacia y regulación emocional. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada en esta investigación.

Sin embargo, es importante señalar las limitaciones que se presentaron en el estudio para una consideración más precisa de los resultados obtenidos. Por un parte la deseabilidad social puede ser un elemento que impida que algunos estudiantes reporten sus estados emocionales reales. Resulta de importancia considerar esto en los estudios enfocados en analizar aspectos psicopatológicos o la estabilidad y bienestar emocional.

Otra de las limitaciones que se presentaron dentro de la investigación fue la muestra reducida, y muy específica de una sola institución, lo que afecta la validez externa de los resultados, ya que la aplicación fue en una sola facultad de psicología. En este mismo sentido se podría hipotetizar que los estudiantes de dicha carrera podrían sesgar los resultados por



diversas razones, el conocimiento teórico de psicopatología, del desarrollo y calificación de escalas de este tipo, del reconocimiento de cierta sintomatología en sus personas, entre otras, que llevan a las autoras del presente trabajo a recomendar analizar con reserva los resultados y proponen la réplica del estudio en muestras más heterogéneas y de una mayor cantidad de personas.

Sin embargo, este estudio viene a robustecer los hallazgos a nivel mundial sobre las afectaciones psicosociales que ha tenido el confinamiento por COVID-19 en diversos grupos, en este caso en los estudiantes y se requiere continuar con investigaciones con dicho objetivo para determinar e intervenir en las secuelas que esta pandemia genere en las personas.

Finalmente y con base en los hallazgos presentados, se recomienda primero desarrollar estrategias de evaluación epidemiológica en salud mental en instituciones de educación que permitan primero identificar y posteriormente canalizar y aplicar programas de atención a los y las estudiantes que estén presentando niveles alto de ansiedad, desregulación emocional u otros trastornos mentales, así como la generación de intervenciones preventivas universales para el fortalecimiento de factores protectores y de las habilidades individuales y sociales.



Referencias

- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research*, 1(2), 77-98. doi: 10.1080/10615808808248222
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C., & Tizón García, J. L. (2020). Mental health in epidemics: A perspective from the Spanish Primary Health Care. *Atencion Primaria*, 52, 93–113. doi: [10.1016/j.aprim.2020.09.004](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004)
- Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., González Doniz, L., & Souto Camba, S. (2016). Efectos diferenciales de la atención y la claridad emocional sobre la percepción de estresores académicos y las respuestas de estrés de estudiantes de fisioterapia. *Fisioterapia*, 38(6), 271–279. doi: 10.1016/j.ft.2015.11.003
- Cabanach, R. G., Souto-Gestal, A., & Fernández Cervantes, R. (2017). Perfiles de regulación emocional y estrés académico en estudiantes de fisioterapia. *European Journal of Education and Psychology*, 10(2), 57–67. doi: 10.1016/j.ejeps.2017.07.002
- Cardona, J., Pérez, D., Rivera, S. & Gómez, J. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 11(1), 79-89. doi: 10.15332/s1794-9998.2015.0001.05
- Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T., & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación En Educación Médica*, 5(20), 230–237. doi: 10.1016/j.riem.2016.03.001
- Chust-Hernández, P., Castellano-Rioja, E., Fernández-García, D., & Chust-Torrent, J. I. (2019). Test anxiety in nursing students: Emotional and sleep risk factors. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 125–131. doi: 10.1016/j.anyes.2019.05.001
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastorno de Ansiedad, Ciencia y Práctica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
- Dominguez-Lara, S. A. (2018). Coping with pre-examination anxiety and academic self-efficacy in health sciences college students. *Educacion Medica*, 19(1), 39–42. doi: 10.1016/j.edumed.2016.07.007
- Dominguez-Lara, S. A., Fernández-Arata, M., Manrique-Millones, D., Alarcón-Parco, D., & Díaz-Peñaloza, M. (2018). Normative data of an emotional exhaustion scale in



- psychology college students from Lima (Perú). *Educacion Medica*, 19, 246–255. doi: 10.1016/j.edumed.2017.09.002
- Dvir, Y. Ford, J., Hill, M. & Frazier, J.A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 149-161. doi: [10.1097/HRP.0000000000000014](https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014)
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Toro Trallero, J., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018). Relationship between emotional intelligence and negative affect on suicide risk in young university students. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18–23. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.007
- Gonzales Miñán, M. D. C. (2013). Influencia de la autoeficacia docente colectiva en el profesorado universitario. *Psicología Educativa*, 19(1), 3–12. doi: 10.5093/ed2013a2
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. doi: 10.1080/026999399379186
- Hervás, G. & Moral, G. (2017). *Regulación emocional aplicada al campo clínico*. Formación Continuada a Distancia, FOCAD. Consejo General de la Psicología de España. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Lara, S.A. & Sánchez, K.L. (2017). Uso de estrategias cognitivas de regulación emocional ante la desaprobación de un examen. *Psychología: Avances de la disciplina*, 11(2), 99-112.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Yuanyuan, M., Lan, D., Liyan, Z., Qiuyan, L., He, P., Chunyan, L., Nannan, W., Pinyue, T., & Huiquiao, H. (2020). Anxiety of nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic and its correlation with work stress and self-efficacy. *Journal of clinical nursing*, 30(3-4), 297-405. doi: 10.1111/jocn.15549
- Morote, V., Delfín, K., Moreno, M. & Taype, A. (2020). Estudios de salud mental en



- estudiantes de medicina en el contexto de la COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(4), 223-224. doi: 10.1016/j.rcp.2020.07.005
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de dificultades de regulación emocional (ders): Análisis factorial en una muestra Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 225–236. doi: 10.14718/ACP.2016.19.1.10
- Oriol-Granado, X., Mendoza-Lira, M., Covarrubias-Apablaza, C. G., & Molina-López, V. M. (2017). Emociones positivas, apoyo a la autonomía y rendimiento de estudiantes universitarios: el papel mediador del compromiso académico y la autoeficacia. *Revista de Psicodidáctica*, 22(1), 45–53. doi: 10.1016/S1136-1034(17)30043-6
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Preparación y respuesta en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19*. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_20-sp.pdf
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Mon, M. A. Á. de, & Quintero, J. (2020). Update on COVID-19 and mental health. *Medicine (Spain)*, 13(23), 1285–1296. doi: 10.1016/j.med.2020.12.010
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(SUPPL. 2), 509–513.
- Santos, A., Montero, E., Ortego, N. & Peralta, N. (2020). Efecto del confinamiento por COVID-19 en el estado mental de pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Medicina Clínica*. doi: 10.1016/j.medcli.2020.12.004
- Valle, A., Regueiro, B., Rodríguez, S., Piñeiro, I., Freire, C., Ferradás, M., & Suárez, N. (2015). Perfiles motivacionales como combinación de expectativas de autoeficacia y metas académicas en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 8(1), 1–8. doi: 10.1016/j.ejeps.2015.10.001
- Vivanco, A., Saroli, D., Caycho, T., Carbajal, C. & Noé, M. (2020). Ansiedad por COVID-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 23(2), 197-215. doi: 10.15381/rinvp.v23i2.19241



Deterioro biopsicosocial y calidad de vida en adultos mayores

Diana Franco Alejandre³⁸
Miguel Bautista Miranda³⁹
Martín Sánchez Villal⁴⁰
Marlene Astrid Pichardo Colín⁴¹

Resumen

El presente estudio abordó el tema del adulto mayor, tuvo como **Objetivo**. Describir el deterioro biopsicosocial y la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran albergados en el Asilo “Casa Hogar”, en el Estado de México. **Método**. En relación con el objetivo planteado, se utilizó un diseño cuantitativo-descriptivo, la muestra estuvo integrada por 45 hombres y mujeres de 65 a 80 años. Para la captura de información relacionada con el perfil sociodemográfico se utilizó un cuestionario de tipo exprofeso, para medir la calidad de vida de los adultos mayores se aplicó el instrumento “Calidad de Vida Autopercebida en Adultos Mayores en Comunidad ECVAM-60”, integrado por 7 dimensiones: 1. Bienestar general, 2. Necesidades económicas, 3. Autodeterminación y plan de vida, 4. Autonomía en el adulto mayor, 5. El trabajo y el ambiente, 6. Bienestar intrasubjetivo y 7. Redes sociales y ocio. La interpretación de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 21. **Resultados**. Referente a los datos sociodemográfico, 40.0% se ubicaron en un rango de edad de 71 a 75 años, 60.0% correspondieron al sexo femenino y 60.0% mencionaron ser viudos. En relación con el estado biopsicosocial, 45.0% presentaron Diabetes Mellitus, 49.0% difícil auditivo, 27.0% depresión y 33.0% abandono. Asimismo, 100% de los adultos mayores refirieron que su salud es peor comparada con la de un año atrás, 80.0% consideraron su estado de salud malo, 100% manifestaron no tener ingresos para cubrir los

³⁸ Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.

dfco2004@yahoo.com.mx

³⁹ Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la Universidad Autónoma del Estado de México.

miguelbautista76@yahoo.com.mx

⁴⁰ Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la Universidad Autónoma del Estado de México.

villal_02@yahoo.com.mx

⁴¹ Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de México.

marlenne.astrid.89@gmail.com



servicios que les proporcionaba la casa hogar (alimentación y hospedaje), además no compraron ropa ni salieron de vacaciones. **Conclusiones.** El envejecimiento humano forma parte del ciclo vital de vida, los adultos mayores presentaron repercusiones económicas para satisfacer sus necesidades básicas, además se percibieron como personas no productivas, abandonadas y maltratadas, en consecuencia, no tienen un bienestar social ni calidad de vida.

Palabras clave: familia, ciclo de vida, vejez, calidad de vida.

Desarrollo

Definir hoy en día el término “familia” resulta un tanto complejo debido a las posturas de las distintas áreas de conocimiento (Sociología, Antropología, Psicología, entre otras); los aportes muestran que el concepto ha sufrido transformaciones a través del tiempo debido a cambios y fenómenos sociales, sin embargo, para precisar el significado y la función de las familias en la sociedad es necesario tomar en cuenta ciertas características, por ejemplo: tipo de matrimonio o unión, contexto sociocultural, actividades económicas, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la familia es un grupo de personas que comparten un hogar y están emparentados entre sí por lazos consanguíneos, de adopción o matrimonio (OMS, 2020, como se citó en Vargas, s.f.; Gutiérrez et al., 2016; Gallino, 2005, como se citó en Cruz, 2015) menciona que la familia:

es considerada como una unidad fundamental de la organización social, en la que conviven natural y espontáneamente padres e hijos, hermanos, abuelos y demás consanguíneos. Se compone al menos por dos individuos de sexo complementario que cohabitan en forma estable en la misma vivienda [y] que contribuyen en el plano económico, en especial para la manutención de sus descendientes (p. 13).

Por su parte, el Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud la define como un grupo social, organizado como un sistema abierto, integrado por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven en un mismo espacio, vinculados por lazos consanguíneos, legales y de afinidad; la familia es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, es el lugar donde se desarrollan los principales procesos de socialización de cada individuo (Médicosfamiliares.com, 2017).



La familia es considerada como el núcleo fundamental de la sociedad, la cual contribuye, de forma elemental, en el desarrollo humano del ciclo de vida, caracterizado por cambios biológicos, físicos, emocionales, psicológicos y sociales, este ciclo comprende las siguientes etapas (Significados, s.f.; B@UNAM (s.f.):

1. **Prenatal (desde la fecundación hasta el trabajo de parto):** en esta etapa ocurre la formación de los órganos y la estructura corporal, existe vulnerabilidad a factores de riesgo, como los agentes tóxicos y la mala alimentación de la madre.
2. **Infancia (de 0 a 6 años):** fase de desarrollo caracterizada por el aprendizaje de capacidades y habilidades psicomotrices, así como del lenguaje. El infante comienza a alimentarse, inician los primeros desplazamientos de forma autónoma, pronuncia las primeras palabras, inicia un aprendizaje básico sobre la lectura y escritura e interactúa con el entorno físico; su grupo de amigos y compañeros tienen gran importancia para el desarrollo socioafectivo.
3. **Niñez (de 6 a 12 años):** etapa donde el infante adquiere las habilidades cognitivas relacionadas con la asociación de ideas, reconocimiento de colores, formas y estructuras, habilidades que van evolucionando para el desarrollo de la lectura, la escritura y el pensamiento lógico. En el plano social surge el periodo de interacción a través de los primeros vínculos fuera del hogar, mediante la educación y las actividades recreativas.
4. **Adolescencia (de 12 a 20 años):** etapa del desarrollo humano marcada por los cambios hormonales y físicos que determinarán la madurez sexual del individuo, se divide en dos fases: 1. adolescencia temprana, se identifica por el aumento de estatura, cambios de peso y talla, aparición de vello corporal, crecimiento mamario en las mujeres e inicio de la menstruación, así como la manifestación del deseo sexual, además se presenta tendencia al aislamiento o distanciamiento del núcleo familiar y 2. adolescencia tardía, en esta etapa se concluye el proceso de maduración sexual e inician cambios de preparación en el adolescente para la adultez, significa el término de los estudios secundarios y la exploración de intereses académicos o profesionales.



5. **Adulthood temprana (de los 20 a los 40 años):** prevalece la capacidad para establecer relaciones de compromisos compartidos, surge la idea del matrimonio y la procreación de hijos, se logra la incorporación al desarrollo laboral, se estabiliza el autoconcepto y la identidad. El desarrollo físico alcanza su punto más alto.
6. **Adulthood intermedia, la “mediana edad” (de los 40 a los 65 años):** inicia la decadencia física musculoesquelética y sensorial, aparecen las enfermedades crónico-degenerativas, el aspecto intelectual y la experiencia permiten resolver problemas que implican el análisis y la reflexión, surge la preocupación por el futuro de los hijos y el cuidado de los padres ancianos, y se reflexiona sobre el sentido de la vida, el éxito y el fracaso.
7. **Adulthood tardía, la “tercera edad” (de los 60 años en adelante):** disminución de la salud y desgaste físico, las capacidades intelectuales se pueden mantener en buen nivel de eficacia, la memoria se deteriora rápidamente. La jubilación requiere de aprender a manejar el tiempo libre y vivir con menos recursos económicos, la preocupación gira en torno a la valoración de la vida transcurrida. La vejez es una etapa de la vida que comienza desde la concepción y forma parte del envejecimiento.

Al respecto, sobre esta última etapa, según el Instituto Nacional de Geriátrica (2017) la vejez es:

la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como México, se acepta como inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez se define también como una construcción social, tanto individual como colectiva, que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos (párr. 9).

En México, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), había 13.1 millones de personas de 60 años o más, mientras que en el Estado de México habitaban 1 137 647 adultos mayores, de los cuales 521 277 eran hombres y 616 370 mujeres; es decir, en los últimos años se ha visto un incremento en el porcentaje de la población adulta en el mundo; hoy en día más personas llegan a la etapa de la vejez (Instituto



Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018; Secretaría de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2015).

El envejecimiento demográfico es un proceso multidimensional que ocurre a través del ciclo de vida; se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible. Inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte, es un proceso natural y gradual de cambios y transformaciones a nivel biológico (deterioro del sistema nervioso que provoca lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos; manifestación de enfermedades que afectan a los sistemas del organismo: eventos cardiovasculares, arterioesclerosis, infecciones respiratorias graves, como la neumonía), psicológico (predisposición a la tristeza, melancolía y depresión) y social (pérdida de la autonomía de los individuos en interacción continua con la vida social, económica y cultural durante el transcurso del tiempo).

El envejecimiento representa una construcción social y biográfica del último momento de vida, donde se acumulan necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas (Sánchez, 2000, como se citó en Cordero et al., 2003; Minsalud, 2021; González y De la Fuente, 2014); sin embargo, estos cambios y transformaciones que se presentan en el ciclo de vida de la vejez repercuten en la calidad de vida de los seres humanos. Para la OMS (s.f., como se citó en EcuRed, s.f.) el término calidad de vida hace referencia a:

[...] la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Es decir, es un concepto que está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de dependencia y sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno (párr. 4).

De modo que, la calidad de vida está relacionada con aspectos del bienestar social, entendiéndose este último como un estado o situación de la sociedad en el que sus miembros logran satisfacer plena e integralmente sus necesidades biológicas y sociales, materiales y no materiales; para determinar la calidad de vida esta debe ser evaluada tomando en cuenta los siguientes factores: 1. Bienestar emocional, 2. Riqueza y bienestar materiales, 3. Salud, 4.



Trabajo y otras formas de actividad productiva. 5. Relaciones familiares y sociales, 6. Seguridad, y 7. Integración con la comunidad (Ardila, 2003; Camacaro, 2010).

Método

La investigación tuvo como objetivo describir el deterioro biopsicosocial y la calidad de vida de los adultos mayores albergados en el Asilo “Casa Hogar”, en el Estado de México. Fue de corte mixto, de tipo descriptivo-transversal. El estudio descriptivo comprende la descripción, el registro, el análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; trabaja sobre realidades de hechos (Cabrera et al., 2006; Tamayo, 2002). Para fines de la presente investigación, la captura de la información se llevó a cabo en un solo momento.

Participantes

Adultos mayores del Asilo “Casa Hogar”, en el Estado de México, la selección se realizó a través del muestro probabilístico, con un total de 45 participantes (hombres y mujeres), cuyo rango de edad osciló entre 65-80 años.

Instrumento

Para la captura de la información relacionada con el perfil sociodemográfico se elaboró un cuestionario de tipo exprofeso; para medir la calidad de vida de los adultos mayores se aplicó el instrumento “Calidad de Vida Auto percibida en Adultos Mayores en Comunidad ECVAM-60”, integrado por 7 dimensiones: 1. Bienestar general, 2. Necesidades económicas, 3. Autodeterminación y plan de vida, 4. Autonomía en el adulto mayor, 5. El trabajo y el ambiente (en esta categoría se integró la siguiente pregunta: ¿Actualmente cuenta con un empleo?), 6. Bienestar intrasubjetivo y 7. Redes sociales y ocio.

Procesamiento de la información

La interpretación de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos con la aplicación del instrumento exprofeso en relación con el perfil sociodemográfico y las enfermedades en los adultos mayores:

**Tabla 1***Perfil sociodemográfico*

	VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje validado
Sexo	Masculino	12	26.6%
	Femenino	33	73.3%
Estado civil	Casado	16	35.6%
	Soltero	29	64.4%
Edad	65 a 70 años	11	24.4%
	71 a 75 años	25	55.5%
	76 a 80 años	9	20.0%

Nota: elaboración propia con base en resultados.

En relación con el perfil sociodemográfico, 73.3% de la población encuestada correspondió al sexo femenino y 26.6% al masculino; con el estado civil, 64.4% son solteros (viudos) y 35.6% casados; 55.5% se ubican en un rango de edad de 71 a 75 años, 24.4% de 65 a 70 años y 20.0% de 76 a 80 años. Es importante mencionar que 100% de los adultos no trabajan y son dependientes económicos de un familiar y de la institución en la actualmente se encuentran albergados.

Tabla 2*Enfermedades en el adulto mayor*

	VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje validado
Enfermedades	Hipertensión	16	35.5%
	Diabetes	19	42.2%
	Artritis	7	15.5%
	Alzheimer	3	6.6%
Síndrome geriátrico	Difícil auditivo	22	48.8%
	Difícil visual	12	26.6%
	Caídas	11	24.4%
Trastornos emocionales	Depresión	9	20.0%
	Ansiedad	11	24.4%
	Estrés	8	17.7%
	Inseguridad	12	26.6%
	Trastornos del	5	11.1%



	sueño		
Problemas sociales	Abandono	29	64.4%
	Maltrato	16	35.5%
	Exclusión familiar	45	100%
	Exclusión laboral	45	100%
	Exclusión social	45	100%

Nota: elaboración propia con base en los resultados.

El estado de salud de los adultos mayores está relacionado con la edad y el ciclo de vida, situándolos en un estado de vulnerable y susceptible: 42.2% presentan Diabetes, 35.5% Hipertensión, 15.5% Artritis, 6.6% Alzheimer, 48.8% difícil auditivo, 26.6% difícil visual, 24.4% caídas, 26.6% inseguridad, 24.4% ansiedad, 17.7% estrés, 11.1% trastornos del sueño, 64.4% abandono, 35.5 maltrato físico y psicológico y 100% exclusión familiar, laboral y social.

A continuación, se muestran los resultados con mayor porcentaje en referencian a la aplicación del instrumento “Calidad de Vida Autopercebida en Adultos Mayores en Comunidad ECVAM-60”:

Tabla 3

Bienestar general

Durante el último mes cómo considera que ha sido...	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
Su estado de salud en general			51.2%	26.6%	22.2%
Su estado de animo			35.5%	64.4%	
Su salud física			73.3%	26.6%	
Su vida en general			77.7%	22.2%	
Sus relaciones sociales			68.8%	31.1%	
Su relación con familiares			82.2%	17.7%	

Nota: elaboración propia con base en los resultados.

En lo relativo al bienestar general, se observa que 51.2% de los adultos mayores manifestaron que su estado de salud es *regular*, 64.4% consideraron su estado de ánimo *malo*, 73.3% manifestaron que su estado de salud física es *regular*, 77.7% refirieron que su vida en general



es *regular*, 68.8% revelaron que sus relaciones sociales son *regulares* y 82.2% declararon que sus relaciones familiares son *regulares*.

Tabla 4*Bienestar general*

Durante el último mes cómo considera que ha sido...	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	A veces	Casi nunca	Nunca
Se enferma con mayor frecuencia			42.2%	57.2%	
Se ha sentido nervioso		64.4%	35.5%		
Su salud es peor comparada con la de hace un año			100%		
Siente que se cansa con facilidad		66.6%	33.3%		
Se siente triste sin motivo aparente		68.8%	31.1%		
Siente que no puede dormir		73.3%	26.6%		
Se enoja fácilmente		77.7%	22.2%		
Asistió al médico solo cuando se sintió enfermo	100%				

Nota: elaboración propia con base en los resultados.

En esta dimensión, Bienestar general, 57.2% de adultos mayores *casi nunca* se enferman con mayor frecuencia, 64.4% *casi todo el tiempo* se han sentido nerviosos, 100% *a veces* su salud es peor comparada con la de hace un año, 66.6% *a veces* se cansan con facilidad, 68.8% *a veces* se sienten tristes sin motivo aparente, 73.3% *casi nunca* sienten que no pueden dormir, 77.7% *a veces* se enojan fácilmente y 100% *todo el tiempo* asisten al médico solo cuando se sienten enfermos.

**Tabla 5***Necesidades económicas*

El dinero con el que cuenta es suficiente para...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Comprar ropa					100%
Pagar los servicios de su casa					100%
Pagar la comida que consume					100%
Pagar impuestos					100%
Pagar el transporte o la gasolina del coche					100%
Salir de vacaciones					100%
Hacer actividades de entretenimiento			84.4%		15.5%
Tener estabilidad económica					100%

Nota: elaboración propia con base en resultados.

Las necesidades económicas están asociadas con la falta de recursos para satisfacer las necesidades básicas para la supervivencia del individuo. En esta dimensión, 100% de los adultos mayores mencionaron que *nunca* compran ropa, *nunca* pagan los servicios de su casa, *nunca* pagan los alimentos que consumen, *nunca* pagan impuestos, *nunca* pagan el transporte, *nunca* salen de vacaciones, *nunca* tienen estabilidad económica y 84.4% *a veces* hacen actividades de entretenimiento.

Tabla 6*Autodeterminación y plan de vida*

En su vida tuvo oportunidad de elegir...	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	A veces	Casi nunca	Nunca
En qué trabajar		15.5%	84.4%		
Qué ropa comprar o usar			82.5%	17.7%	
Qué hacer con su tiempo libre			77.7%	22.2%	
Dónde vivir			82.5%	17.7%	
Si estudiaba o no		71.1%	28.8%		
Qué estudiar		73.3%			26.6%

Nota: elaboración propia con base en resultados.



La Autodeterminación y el plan de vida están relacionados con la capacidad de toma de decisiones con base en expectativas y el deseo de las personas, en esta dimensión, 84.4% de los adultos mayores *a veces* tuvieron oportunidad de elegir en que trabajar, 82.5% *a veces* tuvieron oportunidad de elegir qué ropa comprar, 77.7% *a veces* tuvieron la oportunidad de elegir qué hacer en su tiempo libre, 82.5% *a veces* tuvieron la oportunidad de elegir dónde vivir, 71.1% *casi todo el tiempo* tuvieron la oportunidad de elegir si estudiaban o no y 73.3% *casi todo el tiempo* tuvieron la oportunidad de elegir qué estudiar.

Tabla 7

Autonomía

Cómo considera que realiza las siguientes actividades usted solo...	Sin dificultad	Con poca dificultad	Regular dificultad	Con dificultad	Mucha dificultad
Bañarse				26.6%	73.3%
Salir a la calle para pasear					100%
Vestirse			64.4%	35.5%	
Salir a hacer pagos de servicios					100%
Limpiar su cuarto o casa			100%		
Salir de compras					100%
Cocinar					100%

Nota: elaboración propia con base en resultados.

La autonomía se refiere a la capacidad que tienen las personas para tomar decisiones y asumir las consecuencias de estas, no es una dependencia, sino una heteronomía. En esta dimensión se observa que 73.3% de los adultos mayores tienen *mucha dificultad* al bañarse, 100% tienen *mucha dificultad* al salir a la calle para pasear, 64.0% *regular dificultad* para vestirse, 100% tienen *mucha dificultad* para salir a hacer pagos de servicios, 100% con *regular dificultad* limpian su cuarto, 100% tienen *mucha dificultad* para salir de compras y 100% tienen *mucha dificultad* para cocinar.

**Tabla 8***Trabajo y ambiente*

Actualmente o en el tiempo en que trabajo sintió...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Que disfrutaba hacer su trabajo	68.8%		31.1%		
Que disfrutaba el ambiente de su trabajo			73.3%	26.6%	
Que su trabajo estaba bien remunerado			64.4%	35.5%	
Que tenía una relación cercana con compañeros			77.7%	22.2%	
Actualmente cuenta con un empleo					100%

Nota: elaboración propia con base en resultados.

En su vida laboral antes de ingresar al asilo, 68.8% de los adultos mayores *siempre* disfrutaban hacer su trabajo, 73.3% *a veces* disfrutaban el ambiente de su trabajo, 64.4% *a veces* sentían que su trabajo estaba bien remunerado, 77.7% *a veces* tenían una relación cercana con sus compañeros y 100% de los adultos mayores manifestaron que actualmente no cuenta con empleo.

Tabla 9*Bienestar intersubjetivo*

En qué media influye su religión...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Cuando tiene que afrontar situaciones difíciles	100%				
Para ver la vida de manera más positiva	100%				
En la forma en cómo afronta enfermedades	100%				
En qué media influye su religión...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca



Para asistir semanalmente a servicios religiosos	100%
Para mantener una relación cercana con familiares	100%

Nota: elaboración propia con base en resultados.

El Bienestar intersubjetivo está relacionado con la vida cotidiana y las relaciones sociales que se establecen a través de la percepción de la realidad, 100% de los adultos mayores mencionaron que *siempre* asisten a los servicios religioso, lo cual les permite afrontar situaciones difíciles, pero sobre todo a mantener una relación cercana con sus familiares, además les facilita ver la vida de la mejor manera posible y afrontar las enfermedades.

Tabla 10

Redes de apoyo y ocio

Actualmente durante el último año, usted...	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	A veces	Casi nunca	Nunca
Mantiene una relación cercana con amigos					100%
Se reúne con sus amigos para convivir		64.4%			35.5%
Convive con otras personas aparte de su familia		100%			
Asiste a eventos de entretenimiento			100%		
Toma decisiones consultando la opinión de amigos				100%	
Convive con otras personas a parte de sus amigos					100%
Realiza algún deporte o ejercicio			100%		

Nota: elaboración propia con base en resultados.

En referencia con las Redes de apoyo y ocio, 100% de los adultos mayores *nunca* mantienen una relación cercana con amigos, 64.4% *a veces* se reúnen con sus amigos para convivir,



100% *casi todo el tiempo* conviven con otras personas, 100% *a veces* asisten a eventos de entretenimiento, 100% *casi nunca* toman decisiones consultando la opinión de amigos, 100% *nunca* conviven con otras personas a parte de sus amigos y 100% *a veces* realizan algún deporte o ejercicio.

Discusión

El perfil sociodemográfico de los adultos mayores está mayormente comprendido en el grupo etario de 71 a 75 años, predominando el sexo femenino (73.3%); en cuanto al estado civil destacan los solteros (64.4%), divorciados o viudos, características que coinciden con los estudios realizados por León y Sihuacollo (2015).

En cuanto al Bienestar general, las condiciones de salud de los adultos mayores son: 42.2% presentaron Diabetes, 48.8% difícil auditivo, 26.6% inseguridad y 100% exclusión familiar, laboral y social, hecho que significa que el deterioro biopsicosocial de los adultos mayores forma parte de un proceso de envejecimiento, el cual representa una construcción social y biográfica del último momento de vida, donde se acumulan necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas, entre lo biológico, lo psicológico y lo socioambiental, datos semejantes con el estudio realizado por Sánchez (2000, como se citó en Cordero et al., 2003), Minsalud (2021), González y De la Fuente (2014) y Chong (2012).

De modo que, los adultos mayores no experimentan un envejecimiento saludable debido a que presentan múltiples problemas de salud, además de que no cuentan con espacios favorables y oportunidades que les permitan ser y ver lo que valoran al largo de sus vidas.

Respecto a las categorías de Necesidades económicas y Empleo y ambiente, estas están estrechamente vinculadas con la vida cotidiana de los adultos mayores; la primera se relaciona con la satisfacción de las necesidades básicas, 100% de los adultos mayores manifestaron que *nunca* satisfacen sus necesidades (compra ropa, pagos de servicios de su casa, de alimentos, de transporte y de vacaciones), las cuales influyen en el bienestar social, lo que ocasiona ver a los adultos mayores como una carga económica para la familia, la institución y la sociedad, pues se convierten en individuos que consumen sin producir (Soria y Montoya, 2017).



Dicha carga económica es el resultado del abandono social que presentan los adultos mayores, 100% son dependientes económicos, lo que impide generar ingresos de forma autónoma (Montoya y Montes de Oca, 2009); esta situación, por ende, les impide tomar decisiones para establecer un plan de vida.

En cuanto a la Autonomía, entendida como la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones y asumir las consecuencias de estas, los adultos mayores presentaron dificultad para salir a la calle y realizar pagos de servicios públicos, limpiar su cuarto, y salir de compras y cocinar, hallazgos que se relacionan con los aportes de Nourhashémi (2001, como se citó en Acosta Quiroz y Gonzalez-Celis, 2010), donde manifiesta que la Autonomía en el adulto mayor proporciona una autopercepción subjetiva, la cual refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales.

Las categorías de Bienestar subjetivo y Redes sociales y ocio tienen gran repercusión en la vida de los adultos mayores debido a que nunca mantienen una relación cercana con familiares y amigos; se evidencia que las decisiones que toman son a través de la consulta u opinión de sus compañeros que se encuentran albergados, pues nunca conviven con personas diferentes a ellos.

Este apoyo se da en lo cotidiano, es decir, en la familia, el trabajo, la escuela y la comunidad, son lazos permanentes que pueden reducirse o extenderse al bienestar material, físico o emocional de los adultos mayores y al involucramiento y participación en la sociedad (INAPAM, 2020).

Conclusiones

Como resultado de la investigación cuantitativa con enfoque descriptivo, se puede concluir que el proceso de envejecimiento es la última etapa de la vida, donde se presentan cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, de forma natural y gradual, en el cual se acumulan necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas, además trae consigo la pérdida de autonomía y la adaptabilidad de las personas, sin embargo, la forma que adopte cada persona para vivirla impactará en el logro de bienestar en dicha etapa.



Se concluye que los adultos mayores no tienen una calidad de vida debido a que su bienestar general presenta alteraciones biopsicosociales, lo que les impiden obtener un empleo o realizar otras formas de actividad productiva, además no cuentan con una jubilación o pensión que les permita satisfacer sus necesidades básicas y de recreación, menos con seguridad social para su atención médica ni redes sociales de apoyo por la condición de albergados que presentan, lo que origina que vivan en situación de abandono social. En tal sentido, este hecho es considerado como una forma de violencia que se manifiesta cuando el adulto mayor es ignorado y sometido a violencia física, psicológica y emocional o cuando es desplazado de su núcleo familiar y enviado a instituciones de cuidados prolongados (asilos). Es necesario, sensibilizar al personal de las instituciones asistenciales del sector público, privado y social para que reciban a todos aquellos adultos mayores que enfrentan situaciones de abandono o desamparo, proporcionándoles una atención de calidad basada en el respeto (Ramírez, 2014).

Asimismo, es imperante fortalecer políticas de salud que garanticen la cobertura y la atención integral de las enfermedades crónicas-degenerativas de los adultos mayores, además de revisar o, en su caso, reestructurar los programas de prevención de salud a este sector de la población, lograr la participación de la sociedad civil, del sector académico, de instituciones nacionales que garanticen el bienestar y el pleno goce de los derechos humanos de las personas mayores para avanzar, además, en el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030, en el sentido de: 1. acabar con la pobreza en la vejez y garantizar la protección social de todos; 2. permitir un envejecimiento saludable, bienestar y acceso a los servicios de salud y atención, estableciendo como metas, que los gobiernos deben adoptar planes de pensiones sociales universales que sean de un nivel adecuado para proporcionar seguridad de ingresos a todas las personas a medida que envejecen, así como aumentar la inversión en servicios de salud y atención para responder a las necesidades de una población en continuo envejecimiento, lo que les permitirá tener un bienestar social y una mejor calidad de vida (HelpAge los mayores cuentan, 2017).



Referencias

- Acosta Quiroz, C. O., y González-Celis Rangel, A. L. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: La experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 15(2), pp. 393-401. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215980010.pdf>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- B@UNAM. (s.f.). Ciclo de vida humana. En *Unidad de Apoyo para el Aprendizaje B@UANL*. Recuperado de http://uapas1.bunam.unam.mx/ciencias/ciclo_de_vida_humana/
- Cabrera, P. L., Bethencourt, B. J., González, A. M., y Álvarez, P. P. (2006). Un estudio transversal retrospectivo sobre prolongación y abandono de estudios universitarios. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 12(1), 105-127. Recuperado de Octubre de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=916/91612106>
- Camacaro, P. R. (2010). *Aproximaciones a la calidad de vida en el trabajo en la organización Castrense Venezolana. (Caso aviación militar Venezolana)* (Tesis de grado). Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Venezuela. Recuperado de <https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/prc/Bienestar%20Social.htm>
- Chong Daniel. A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009#:~:text=Las%20alteraciones%20psicoafectivas%20m%C3%A1s%20frecuentes,la%20ansiedad%20y%20la%20depresi%C3%B3n.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2012). *Retos y oportunidades en la estructura por edades de la población*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/523278/p247-p262.pdf>
- Cordero, L., Cabanillas, S., y Lerchundi, G. (2003). *Trabajo Social con adultos mayores*, Buenos Aires: Espacio.
- Cruz Marín del Campo L. M. (2015). Familia, realidad heterogénea. El ayer, el hoy y el mañana de la institución Familiar. *Trabajo Social*, 9(VII). 9-27 Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/view/60909>
- EcuRed. (s.f.). *Calidad de vida*. Recuperado de https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida
- Gallino, L. (2005). *Diccionario de Sociología*, tercera edición, México: Siglo XXI.
- González Bernal J., y De la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo Humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *INFAD Revista de Psicología*, 7(1), 121-129. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf>
- Gutiérrez Capulín, R., Díaz Otero, K., y Román Reyes, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia ergo-sum*, 23(3), 219-228. Recuperado de



- <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/html/index.html#:~:text=Los%20cambios%20demogr%C3%A1ficos%2C%20hechos%20y,hijos%20y%20formar%20una%20familia>
- HelpAge los mayores cuentan. (2017). *Agenda 2030. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el envejecimiento global*. Recuperado de: <https://www.helpage.org/spain/sobre-envejecimiento/objetivos-de-desarrollo-sostenible-/#:~:text=El%20lema%20de%20los%20Objetivos,tendr%C3%A1%20m%C3%A1s%20de%2060%20a%C3%B1os>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf4
- Instituto Nacional de Geriátrica. (2017). *Envejecimiento*. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html#:~:text=La%20vejez%20es%20la%20etapa,es%20a%20los%2065%20a%C3%B1os>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2020). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>
- León Girón, L. M., y Sihuacollo Sihuacollo, J. (2015). *Funcionamiento familiar y estilos de vida en adultos mayores de los clubes de la Microred Hunter-Minsa* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/365/M-21573.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- medicosfamiliares.com (2017). *Definición de familia*. Recuperado de <https://www.medicosfamiliares.com/familia/definicion-de-familia.html>
- Minsalud. (2021, 08 de mayo). *Envejecimiento y vejez*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Montoya Arce, B. J., y Montes de Oca Vargas, H. (2009). Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. *Papeles de población*, 15(59). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252009000500006
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (26 de octubre de 2020). *Envejecimiento: envejecimiento saludable y capacidad funcional*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>
- Ramírez Pozadas, C. (2014). Abandono social de las personas adultas mayores en la Ciudad de México. *Red Latinoamericana de Gerontología*. Recuperado de <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2974>
- Sánchez Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Espacio editorial.



- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) & Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2015). *Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública*. Recuperado de <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
- Significados. (s.f.). Etapas del desarrollo humano. Recuperado de <https://www.significados.com/etapas-del-desarrollo-humano/>
- Soria Romero, Z., y Montoya Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
- Tamayo y Tamayo, M. (2002). *El proceso de la investigación científica incluye evaluación y administración de proyectos de investigación* (4 ed.). México: Limusa. Recuperado de <http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo-El%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf>
- Vargas, I. (s.f.). Familia y Ciclo Vital Familiar. Recuperado de <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>



Factores psicosociales de riesgo presentes en trabajadores mexicanos

Griselda de Jesús Granados Udave⁴²

Rosa Isabel Garza Sánchez⁴³

Claudia Yudith Reyna Tejada⁴⁴

Resumen

Todos los trabajos generan riesgos para la integridad de las personas en diversos grados, confirmando la necesidad de trabajar en pro de la integridad y bienestar de los trabajadores como un requisito esencial para la estabilidad humana, las relaciones sociales y económicas de familias, la productividad y el desarrollo económico. Por lo que el objetivo fue identificar los factores psicosociales de riesgo que se presentan en la población trabajadora mexicana y su relación con los antecedentes de riesgos laborales. Se realizó una investigación cuantitativa con 460 personas que cuentan con un trabajo en la formalidad e informalidad, los datos fueron recolectados a través de la plataforma Question pro, se utilizó la escala de Factores Psicosociales de riesgo Suceso/istas 21 versión breve (20 reactivos), en formato de respuesta Likert. Los resultados indican que el apoyo social generado al interior de los centros trabajos facilita el fortalecimiento de la expresión de emociones, tener apertura a resolver conflictos, además se vuelve un factor de protección frente a las exigencias laborales y la doble presencia entre trabajo y familia, lo cual permite al trabajador el desarrollo de más herramientas personales que conllevan a la integridad como ser humano.

Palabras claves: *factores psicosociales de riesgo, trabajadores, apoyo social.*

⁴² Facultad de Trabajo Social. Universidad Autónoma de Coahuila; ggranados@uadec.edu.mx

⁴³ Facultad de Trabajo Social. Universidad Autónoma de Coahuila; isabelgarza@uadec.edu.mx

⁴⁴ Facultad de Trabajo Social. Universidad Autónoma de Coahuila; claudiareynatejada@uadec.edu.mx



Introducción

En el actual contexto, las organizaciones tienden a demandar mayor competencia, elevan sus expectativas de rendimiento y se implementan largas jornadas de trabajo que influyen en un entorno de mayor estrés, por tanto la población trabajadora experimenta una carga superior de trabajo, poco control sobre sus tareas, ambigüedad de funciones, trabajo precario, incompatibilidad entre la vida laboral y familiar, además de generar conflictos conductuales relacionados con el uso del tiempo del trabajo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016); acorde con lo anterior, la presente investigación tiene por objetivo identificar los factores psicosociales de riesgo que se presentan en la población trabajadora mexicana y su relación con los propios antecedentes de riesgos laborales que surgen en su ambiente laboral, este estudio se enmarca en las nuevas formas de empleabilidad y de trabajo existente.

Dentro del medio laboral, el trabajador interactúa con diferentes condiciones de trabajo que pueden afectarlo positiva o negativamente; el trabajo puede convertirse en un instrumento de salud, pero también de enfermedad hacia sí mismo, el centro de trabajo y la sociedad. Actualmente se está viviendo un proceso de transformación del trabajo y de las organizaciones públicas y/o privadas, esta evolución conlleva a nuevas exigencias que se convierten en factores psicosociales de riesgo y afectan a todos los niveles de la organización.

Organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), visualizan el factor biopsicosocial de los trabajadores como un campo en el que se debe reconocer la importancia de la salud y el bienestar del trabajador con relación al desarrollo económico y social, para promover y fortalecer espacios dignos de trabajo. Los índices de accidentabilidad y el aumento de exigencias laborales representan un problema humano y económico que generan mayor presión para los mismos por las exigencias laborales que, asociadas a diversos factores psicosociales de riesgo, contribuyen a generar un medio ambiente de trabajo complejo.

Marco Teórico

Con la evolución de las economías globales y de la sociedad misma, el mundo del conocimiento ha buscado estrategias para que el ser humano pueda integrarse al trabajo y las



organizaciones, así aparece el interés de estudiar y analizar los factores psicosociales de riesgo en el ámbito laboral para la población de México, los requerimientos actuales buscan responder a contextos más globalizados y a sus diversos giros de desempeño profesional, éste estudio manifiesta la necesidad social y de interés para abordar temas del trabajo, su vulnerabilidad e incidencia en la integridad, bienestar y salud en los distintos contextos; es decir, durante las últimas décadas en el país se ha hecho notable las afecciones algunas positivas pero otras tantas negativas respecto a los riesgos con la salud laboral, vulnerabilidad y riesgo que desarrolla la población trabajadora.

Conviene tomar como punto de partida el término trabajo, el cuál a través de la historia se ha hecho presente como un medio de actividad constante para el ser humano, de acuerdo con Casado (2003), se ha definido como una serie de actividades que desarrollan las personas en sus diferentes procesos administrativos y productivos, cuya finalidad principal la constituye, el recibir una retribución de carácter económico y a través de ella poder sostener a su familia como a sí mismo, facilitar a las personas a ser valoradas socialmente, y ejercer por sí mismo su derecho al trabajo.

Sin embargo, Offe (1984), señala de manera paradójica que el trabajo en sí mismo, se ha modificado constantemente desde la revolución industrial, a lo que Castel (1997) complementa que hay una visible ausencia de la relación individuo con el trabajo, encara el trabajo como un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social, existiendo una fuerte relación entre el lugar que ocupa frente a la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que cubren a un individuo ante los riesgos.

La OIT (2003), señaló que todos los trabajos generan riesgos para la salud en diversos grados, confirmando la necesidad de trabajar en pro de la salud de los trabajadores como un requisito esencial para la estabilidad humana, las relaciones sociales y económicas de familias, la productividad y el desarrollo económico. Por tanto, se infiere, que las buenas condiciones de un entorno laboral proporcionan oportunidades de desarrollo personal y humano, a fin de atender las repercusiones que se tiene en cuanto a la salud emocional de los empleados además de contribuir al fortalecimiento de la población trabajadora.



Hasta hace algún tiempo el papel de las organizaciones, industrias e instituciones públicas y privadas se enfocaban solamente en cubrir el pago de salarios y recompensas económicas, sin embargo, por los cambios vertiginosos que ha traído consigo la globalización, la apertura de mercados y la naturaleza cambiante del trabajo, se ha generado una nueva dinámica organizacional. Hoy en día es necesario abordar los elementos que confluyen para la identificación, análisis y disminución de los factores psicosociales de riesgo que generan sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, presión por una mayor productividad, conciliación de tiempo entre el trabajo y la familia, repercutiendo en un medio ambiente de trabajo cada vez más estresante, que se ve reflejado en el bienestar de los trabajadores (Moreno, 2011).

Orozco, del Castillo y Roman, (2018), pronunciaron que los factores de riesgo psicosocial en el trabajo se refieren a condiciones presentes en una situación laboral vigente, las organizaciones se desenvuelven en un contexto histórico, económico y social determinado, explican que la configuración de los factores están incluidos desde el proceso de trabajo (fuerza de trabajo, objetos, medios de trabajo), el tipo de organización, la vinculación con otros elementos condicionantes, como los riesgos del medioambiente (agentes físicos, químicos, biológicos, tecnológicos y de seguridad), y las condiciones de trabajo (contenido, duración y configuración del tiempo de trabajo, sistemas salariales y de pago, los procesos de producción, los servicios, beneficios y prestaciones sociales en pro del bienestar), entre otros.

Matabanchoy (2012), define a los factores de riesgo psicosocial como el conjunto de circunstancias inherentes a las condiciones no materiales, incluyendo la organización y división del trabajo, lo cual genera repercusiones en el trabajador al presentar un desequilibrio en relación a su trabajo y con el entorno o la colectividad que le rodea.

Es sabido que los factores interactúan y se desarrollan conforme a las relaciones sociales que se desprenden del ambiente laboral (líderes, jefaturas, colegas, subordinados, clientes y usuarios), intervienen mecanismos psicológicos y fisiológicos que repercuten tanto en la salud física, psíquica y mental del trabajador como en el desempeño de su labor. A su vez, esto se refleja en términos de seguridad social en corresponsabilidad al estado (nivel



macro), ya que se vuelve prioritario la atención a la salud pública respecto a las enfermedades o accidentes laborales (Bretones y Jáimez, 2011).

Como se ha mencionado, los accidentes y las enfermedades que se desprenden de los entornos laborales representan hoy en día un problema social, humano y económico; a pesar de los movimientos institucionales como los que promueve la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la búsqueda de mejorar las condiciones laborales, es una realidad que las personas pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en el trabajo, y aunque el acceso a laborar es un derecho, se vuelve un factor de riesgo afectando la salud de los colaboradores, desencadenando vulnerabilidad en los mismos.

Respecto al papel que funge México, en términos de atención a los factores psicosociales de riesgo se ha puesto énfasis para involucrar a los centros de trabajo mediante la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, de acuerdo con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social ([STPS], 2018) misma que busca conocer los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, por medio de una tipificación temprana, análisis y prevención de estos riesgos, así como la promoción de un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo. La STPS, señala que esta norma nace de la importancia que marcó la OIT (2016), sobre el estudio de los factores de riesgos psicosocial, al presentarse como un problema global que afectaba a todos los países, profesiones y trabajadores. En este contexto, el área laboral se exhibió como una de las fuentes más importantes para los riesgos psicosociales, así como un lugar idóneo para tratarlos, proteger la salud y bienestar de los trabajadores.

De acuerdo con la STPS (2018), el cumplimiento de la norma establece un compromiso de empleadores y trabajadores en cuanto a las responsabilidades para fomentar un desarrollo en la cultura de prevención de riesgos de trabajo en la sociedad mexicana. En este sentido, la NOM-035 es un instrumento que permite a los centros de trabajo identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial, evaluando el entorno, y adoptar acciones oportunas, la NOM-035 es un avance para la prevención de los riesgos en las organizaciones mexicanas. Dentro de este contexto, los factores psicosociales cobran especial importancia



ya que la existencia y exposición a riesgos emergentes significativos pueden repercutir en la gestión del estrés y atenuaciones en la salud mental de los trabajadores mexicanos.

Así mismo, es una realidad que durante éste 2020, la población trabajadora fue afectada en su contexto y dinámica laboral por la implementación de nuevas modalidades de trabajo derivadas de la pandemia originada por covid-19. Es de conocimiento general que algunos se extendieron a implementar el home office e introducir jornadas escalonadas y/o días de descanso variables para roles presenciales; aunque para otros centros de trabajo por el origen de sus operaciones siguió siendo obligatorio el retorno a la forma presencial, debido a que las actividades y funciones de sus empleados no se podrán realizar vía remota, infiriendo que en ambos posicionamientos los factores psicosocial de riesgo, salud mental y estrés continúan presentes en la realidad laboral.

Finalmente se puede hacer hincapié que los factores psicosociales conforman un problema actual, complejo y significativo ante la vulnerabilidad y riesgo en la salud como trabajadores de los diferentes sectores ocupacionales, en gran medida con consecuencias nocivas para el individuo, la organización laboral y el colectivo sociolaboral.

Objetivo

Describir e identificar la presencia de factores psicosociales de riesgo en población mexicana trabajadora y su relación con los antecedentes laborales de su medio ambiente.

Método

Diseño:

La investigación es de corte cuantitativo, con diseño ex post facto de tipo transversal y con alcance descriptivo y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes:

El total de la muestra estuvo conformada por 460 participantes que representan la población trabajadora mexicana para esta investigación, el 33% de los encuestados fueron hombres y un 67% mujeres; con edades que oscilan de 18 a 64 años ($M=33.52$, $DE=9.36$); en relación al estado civil se encontró que el 45.4% son solteros, 42% casados, el 7% en unión libre y 5% divorciado.



Instrumento:

Para abordar a la población de estudio se utilizó un instrumento dividido en dos apartados, el primero de ellos contiene datos demográficos como edad, sexo y estado civil, además de antecedentes laborales, el segundo apartado corresponde a factores psicosociales de riesgo, para el cuál se utilizó la escala estandarizada del cuestionario Suceso/Istas 21, versión breve, es la adaptación y validación para población chilena por requerimiento de la Superintendencia de Seguridad Social de Chile -SUSESO- citado por Alvarado, Nella, Villalón, Hirmas y Pastorino (2009). Este instrumento permite la evaluación y medición de los riesgos psicosociales en el trabajo. El Cuestionario viene de la validación del Cuestionario COPSQ-ISTAS21, que a su vez es la traducción y validación que realizó el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de Barcelona (ISTAS) del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSQ), desarrollado por el Instituto de Salud y Ambiente Laboral de Dinamarca.

El instrumento Suceso/Istas 21, mide cinco dimensiones correspondientes a: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social y liderazgo, compensaciones y doble presencia a través de 20 reactivos, con escala tipo Likert de cinco puntos, con respuestas de situaciones hacia: siempre, la mayoría de las veces, algunas veces, solo unas pocas veces y nunca.

El coeficiente alfa de Cronbach de la Escala de Factores Psicosociales de Riesgo en este estudio (0,83) indica que 83% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representa diferencias verdaderas entre las personas y 17% refleja fluctuaciones al azar. El resultado facilita afirmar que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue aplicada.

Procedimiento:

Para el levantamiento de datos se trabajó a partir de la captura del instrumento versión online en la plataforma Questionpro, se comenzó con la distribución en la semana del 06 al 12 de octubre de 2020, mediante invitación individual con la población que cubriera las características requeridas para la muestra intencional. La invitación fue personal vía mensajes directos a través de las redes sociales como Whattaap, Facebook, Instagram, a fin de que



llegará a otras personas en diferentes estados de México. De la misma manera, el instrumento fue publicado constantemente en grupos de Facebook dirigidos a personas trabajadoras, por mencionar algunos: grupos de recursos humanos, calidad industrial, ingenieros en la industria, asociaciones civiles, profesionistas de la salud, de comercio, educación, construcción, entre otros.

Las acciones posteriores, tuvieron relación con la construcción y revisión de la base de datos en el programa SPSS, con los datos obtenidos se trabajó en la depuración de la información para desestimar los casos que no cumplieran con los criterios de inclusión, los pasos subsecuentes se relacionaron con el procesamiento de datos, revisión a profundidad para la fiabilidad y los análisis estadísticos.

Análisis de datos:

El vaciado y análisis de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 24, se describió a la población de estudio a partir de un análisis de frecuencias y porcentajes para las características demográficas y de factores psicosociales de riesgo, para este último se trabajó con un análisis de mínimos y máximos además de identificar el nivel de riesgo en el que se encuentran los participantes, además de realizar un análisis correlacional.

Aspectos éticos:

Dentro del instrumento online se informó a los participantes el objetivo de la investigación y que los datos proporcionados son de uso exclusivo para la investigación y estrictamente confidencial, en estricto apego a las consideraciones éticas en materia de investigación con seres humanos.

Resultados

Para caracterizar a la población de estudio y dar respuesta al objetivo específico sobre el perfil sociodemográfico de dichos participantes se observó que, del total de los 460 participantes, el 33% de los encuestados fueron hombres y un 67% mujeres; en edades que oscilan de 18 a 64 años ($m=33.52$, $DE=9.36$); lo concerniente al estado civil se encontró que el 45.4% son solteros, 42% casados, el 7% en unión libre y 5% divorciado.

Cabe mencionar que el 72% viven con dos a cuatro personas y el 21% con cinco a siete personas habitantes en los hogares. Respecto a la escolaridad en la tabla 1 se observa,



que el 59% cuentan con licenciatura o ingeniería, el 23.5% con un posgrado, ambos niveles académicos dentro de la educación superior, mientras que a nivel media superior es decir la preparatoria le corresponde el 13.5%.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes del puntaje total de la escolaridad de los participantes.

	<i>f</i>	%
Secundaria	7	1.5
Preparatoria / Técnica	62	13.5
Técnico Superior Universitario	12	2.6
Licenciatura / Ingeniería	271	58.9
Posgrado	108	23.5

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

Se encontró en la tabla 2 que, en la distribución del instrumento de investigación, resultaron tres estados de la república mexicana con mayor participación, destacando que el 74.8% de los participantes pertenecen al estado de Coahuila, el 8% al estado de Nuevo León y el 3% para la Ciudad de México.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de los estados de la republica participantes.

	<i>f</i>	%
Baja California Norte	4	.9
Campeche	1	.2
Ciudad de México	14	3.0
Chihuahua	3	.7
Chiapas	1	.2
Coahuila de Zaragoza	344	74.8
Colima	6	1.3
Estado de México	8	1.7
Guanajuato	7	1.5
Guerrero	1	.2
Jalisco	4	.9
Morelos	1	.2
Nayarit	1	.2
Nuevo León	36	7.8
Oaxaca	1	.2
Puebla	8	1.7



Querétaro	4	.9
Sinaloa	4	.9
Tabasco	2	.4
Tamaulipas	8	1.7
Veracruz	1	.2
Yucatán	1	.2

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

En cuanto a las condiciones laborales los participantes manifestaron que un 89% cuenta con un trabajo formal (con seguridad social), mientras que el 11% se ubica en el tipo de trabajo informal (no cuenta con seguridad social). Así mismo el 35.7% de quienes contestaron el estudio cuentan con una antigüedad laboral de dos a cinco años en su actual centro de trabajo, el 31.3% de cero meses a un año y sólo el 20% tienen laborando más de 10 años en su lugar de trabajo. En la tabla 3, se observó que el sector con mayor ocupación para los encuestados es la industria con un 32.8% de presencia, el 20.7% se colocó en el sector educativo y con un porcentaje igual de 15.7% están los sectores de comercio y gubernamental.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de los sectores laborales donde se desempeñan.

	<i>f</i>	%
Industria	149	32.8
Comercio / Financiero	71	15.7
Educación	94	20.7
Salud	34	7.6
Gubernamental	72	15.7
Construcción	17	3.7
Agricultura / ganadería	5	1.1
Transporte y comunicaciones	9	2.0
Asociaciones / organizaciones civiles	9	2.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

Respecto al análisis descriptivo de la dimensión de exigencias psicológicas, se observó que la población participante considera por encima de la media que su trabajo requiere atención constante ($m=3.14$) y que dentro de sus actividades laborales tienen que



tomar decisiones difíciles ($m=2.13$), mientras que por debajo de la media ellos creen que pueden hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día ($m=0.94$).

Tabla 4. Ítems relacionados a dimensión exigencias psicológicas

		<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Var</i>
	¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?	0	4	.94	.866	.751
	En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?	0	4	2.13	1.126	1.268
Exigencias Psicológicas	En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?	0	4	2.08	1.197	1.432
	En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?	0	4	1.87	1.338	1.790
	¿Su trabajo requiere atención constante?	0	4	3.14	1.098	1.207

Nota: *Mín*=Mínimo, *Máx*=Máximo, *M*=Media, *DE*=Desviación estandar y *Var*=Varianza.

La dimensión de trabajo activo y desarrollo de habilidades reportó en la tabla 5 que los ítems: su trabajo permite que aprenda cosas nuevas ($m=0.91$) y las tareas que hace, ¿le parecen importantes? ($m.=0.60$), resultaron por debajo de la media con un indicador menor.

Tabla 5. Ítems relacionados a dimensión trabajo activo y desarrollo de habilidades

		<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Var</i>
	¿Tiene influencia (control) sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?	0	4	1.81	1.341	1.799
	¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero/a?	0	4	1.57	1.019	1.038
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?	0	4	.91	1.107	1.227
	Las tareas que hace, ¿le parecen importantes?	0	4	.60	.873	.763
	¿Siente que su empresa o institución tiene una gran importancia para usted?	0	4	1.00	1.095	1.198

Nota: *Mín*=Mínimo, *Máx*=Máximo, *M*=Media, *DE*=Desviación estandar y *Var*=Varianza.



La dimensión de apoyo social reportó en sus ítems: tiene que hacer tareas que cree deberían hacerse de otra manera ($m=2.04$) por encima de la media esperada, sin embargo, para el ítem con un número por debajo de la media resultó ser el cuestionamiento sobre si hace exactamente las tareas que son de su responsabilidad ($m=0.53$) como se observa en la tabla 6.

Tabla 6. Ítems relacionados a dimensión apoyo social

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>Var</i>	
Apoyo Social en el centro de trabajo	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?	0	4	.53	.854	.729
	¿Tiene que hacer tareas que cree deberían hacerse de otra manera?	0	4	2.04	.998	.996
	¿Recibe ayuda y apoyo de su jefe inmediato o jefe superior?	0	4	1.14	1.182	1.397
	Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?	0	4	1.00	.999	.998
	Sus jefes inmediatos, ¿apoyan y resuelven bien los conflictos?	0	4	1.32	1.164	1.354

Nota: *Mín*=Mínimo, *Máx*=Máximo, *M*=Media, *DE*=Desviación estandar y *Var*=Varianza.

En este último análisis descriptivo para las dimensiones de la escala, se encontró en cuanto a compensaciones, que dos de sus tres ítems, iniciando por si está preocupado si le cambian de tareas contra su voluntad ($m=3.82$) y si le despiden o renuevan el contrato ($m=3.71$) se encuentran por encima de la media. Mientras que para la dimensión de doble presencia el ítem si hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez, como cuidar un hijo enfermo reporto estar por encima de la media con un 3.73.

Tabla 7. Ítems relacionados a dimensión compensaciones y doble presencia

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Var</i>	
Compensaciones	¿Está preocupado(a) por si le despiden o no le renuevan el contrato?	1	5	3.71	1.268	1.608
	¿Está preocupado(a) por si le cambian de tareas contra su voluntad?	1	5	3.82	1.199	1.437
	Sus superiores le dan el reconocimiento que merece	0	4	1.75	1.245	1.550



Doble presencia	Cuándo está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?	1	5	3.02	1.161	1.348
	¿Hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez? (para cuidar un hijo enfermo, etc)	1	5	3.73	1.015	1.031

Nota: Mín=Mínimo, Máx=Máximo, M=Media, DE=Desviación estandar y Var=Varianza.

En alusión a los resultados obtenidos por sumatoria de cada dimensión estudiada de los factores de riesgo psicosocial, la población de empleados manifestó que consideran como elemento de riesgo la exigencia psicológica (m=10.17), y el apoyo social (m=9.51) dentro del contexto de las actividades laborales que realizan, mientras que para el resto de las dimensiones de estudio se encuentran debajo de la media.

Tabla 8. Análisis descriptivo de la escala Factores de Riesgo Psicosocial (Suseso/Istas 21 breve) por sumatoria de sus dimensiones (N= 460)

	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Var</i>
Suma de Exigencia Psicológica	0	19	10.17	3.770	14.212
Suma Trabajo Activo	0	20	5.89	3.528	12.449
Suma Apoyo Social	5	20	9.51	3.525	12.425
Suma Compensaciones	0	12	4.21	2.606	6.790
Suma Doble Presencia	0	8	3.25	1.809	3.274

Nota: Mín=Mínimo, Máx=Máximo, M=Media, DE=Desviación estandar y Var=Varianza.

En continuidad al evaluar el nivel de riesgo que representan los valores obtenidos de la población participante en la escala de factores de riesgo psicosocial Suseso/Istas 21, versión breve y que da respuesta al objetivo específico de describir los factores psicosociales de riesgo presentes en espacios laborales, se identifican tres niveles de riesgo (bajo, medio y alto) reportados en la tabla 9.



Tabla 9. Nivel de riesgo de los factores psicosociales de acuerdo a la evaluación Suseso/Istas21.

<i>Dimensión</i>	<i>Nivel de Riesgo Bajo</i>	<i>Nivel de Riesgo Medio</i>	<i>Nivel de Riesgo Alto</i>
Exigencias Psicológicas	0-8	9-11	12-20
Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades	0-5	6-8	9-20
Apoyo Social en la empresa	0-3	4-6	7-20
Compensaciones	0-2	3-5	6-12
Doble presencia	0-1	2-3	4-8

Fuente: Elaborada por Superintendencia de Seguridad Social / Unidad de Riesgo Psicosocial Laboral, 2013.

Al realizar el procesamiento para obtener el nivel de riesgo se observó en los resultados de la tabla 10, que el nivel de riesgo más persistente en la población estudiada con relación a las dimensiones evaluadas, es la exigencia psicológica, apoyo social y doble presencia con un nivel de riesgo alto, esto por los porcentajes de incidencia de 37.4%, 77.2%, y 45.0% respectivamente; mientras que para las dimensiones de trabajo activo y compensaciones se observó un nivel de riesgo medio con porcentajes de 29.8% y 40.9% respectivamente.

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes del nivel de riesgo por cada dimensión de factores de riesgo psicosocial.

	Riesgo Bajo		Riesgo Medio		Riesgo Alto	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Exigencia Psicológica	152	33.0	136	29.6	172	37.4
Trabajo Activo	229	49.8	137	29.8	94	20.4
Apoyo Social			105	22.8	355	77.2
Compensaciones	136	29.6	188	40.9	136	29.6
Doble Presencia	83	18.0	170	37.0	207	45.0

Nota: *f* = frecuencia, *%* = porcentaje



Con base a la identificación de las dimensiones de factores psicosociales de riesgo que se evaluaron con alto riesgo (exigencia psicológica, apoyo social, doble presencia) y los antecedentes de riesgos laborales se realizó un análisis de correlación a un nivel de significancia de $p \leq .010$.

Al explorar la dimensión de exigencia psicológica se encontraron correlaciones significativas (tabla 1), con el indicador que aborda si el empleado siente que será fácilmente reemplazado, éste puede llegar a considerar que su trabajo le genera desgaste emocional (.449), además de no hablar sobre sus emociones (.425). Así mismo para el indicador que señala si el tipo de trabajo que desempeña pone en riesgo la salud, seguridad e higiene laboral, también mostró que se puede presentar desgaste emocional (.427) y no expresar sus emociones (.455).

Tabla 11. Correlación dimensión exigencias psicológicas y antecedentes de riesgos laborales.

	Antecedentes de riesgos laborales						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?	.258**	.278**	.310**	.266**		.354**	.300**
En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?					.241**	.160**	.159**
En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?	.308**	.388**	.384**	.374**	.449**	.427**	.328**
En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?	.339**	.362**	.397**	.362**	.425**	.455**	.341**
¿Su trabajo requiere atención constante?					.273**	.125**	.130**

P1= Tiene algún temor de reclamar mejores condiciones salariales y prestaciones sociales de trabajo, P2= Se siente en desventaja ante el trato injusto de compañero, P3= Considera que lo tratan de forma discriminatoria o injusta en su trabajo, P4= Considera que lo tratan de forma autoritaria o violenta, P5= Le hacen sentir que usted puede ser fácilmente reemplazado, P6= El tipo de trabajo que desempeña pone en riesgo su salud, seguridad e higiene laboral, P7= El tipo de trabajo que desempeña pone en riesgo su salud, seguridad e higiene laboral

Por otro lado, al explorar la dimensión de apoyo social a un nivel de significancia de $p \leq .010$ (tabla 12), se encontró correlación con que el empleado al sentirse en desventaja ante el trato injusto de compañeros tendrá apertura a recibir ayuda y apoyo del jefe inmediato o jefe superior (.458), además de buscar resolver el conflicto (.504). Otro indicador que se



abordó es si el empleado considera que lo tratan de forma autoritaria o violenta, a lo cuál mostró correlación que el empleado buscará el apoyo de jefes inmediatos para resolver el problema (.474) y recibir ayuda del mismo (.423).

Tabla 12. Correlación dimensión apoyo social y antecedentes de riesgos laborales.

	Antecedentes de riesgos laborales						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?	.281**	.246**	.305**	.282**	.239**	.293**	.246**
¿Tiene que hacer tareas que cree deberían hacerse de otra manera?	.291**	.303**	.265**	.304**	.279**	.280**	.222**
¿Recibe ayuda y apoyo de su jefe inmediato o jefe superior?	.297**	.458**	.427**	.423**	.351**	.421**	.179**
Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?	.257**	.343**	.358**	.286**	.229**	.301**	.144**
Sus jefes inmediatos, ¿apoyan y resuelven bien los conflictos?	.365**	.504**	.481**	.474**	.410**	.490**	.274**

P1=Tiene algún temor de reclamar mejores condiciones salariales y prestaciones sociales de trabajo, P2=Se siente en desventaja ante el trato injusto de compañeros, P3=Considera que lo tratan de forma discriminatoria o injusta en su trabajo, P4=Considera que lo tratan de forma autoritaria o violenta, P5=Le hacen sentir que usted puede ser fácilmente reemplazado, P6=El tipo de trabajo que desempeña pone en riesgo su salud, seguridad e higiene laboral, P7= El tipo de trabajo que desempeña pone en riesgo su salud, seguridad e higiene laboral

Dentro del análisis de correlación de la dimensión doble presencia (tabla 13) se encontró que en la medida en que se presenten situaciones en las que el empleado debería estar en el trabajo y en la casa a la vez, tenderán a que pueden ser fácilmente reemplazados (.261) y considerar que son tratados de forma discriminatoria o injusta (.135).



Tabla 13. Correlación dimensión doble presencia y antecedentes de riesgos laborales.

	Antecedentes de riesgos laborales						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
20. ¿Hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez? (para cuidar un hijo enfermo, etc.)		.121**	.135**	.133**	.261**		

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Conclusiones

El desarrollo del presente estudio permitió ampliar el panorama de la investigación social en términos de identificar, analizar y/o explicar la relación existente entre los factores psicosociales de riesgo frente a los propios antecedentes que viven los trabajadores en su contexto laboral; la revisión de literatura y los datos empíricos obtenidos revelan que los trabajadores de una organización pueden estar afectados en gran medida al interior de su centro laboral, se identificó en términos de exigencias psicológicas, apoyo social y doble presencia que son factores clave para lograr una mayor gestión emocional del sentir en un trabajador, de la apertura para recibir apoyo por parte de sus jefes o compañeros y resolver conflictos mejorará las relaciones sociales generando factores de protección y no de riesgo.

El enfoque de los nuevos estudios en materia de factores psicosociales de riesgo, la atención a la salud física, mental, emocional y el manejo de riesgos como el estrés, tiende hacia el fortalecimiento de culturas organizacionales promotoras de un progreso saludable, generando un vínculo en estrategias internas que poseen las empresas como: interpretación y lectura de los resultados de clima laboral, índice de ausentismo y rotación, índice de accidentabilidad, encuestas de salida, evaluaciones de desempeño, y los resultados de las mismas. Destacando que la salud, motivación, sentido de pertenencia, la productividad de un colaborador no radica sólo en la obtención de un beneficio económico, sino también al apoyo de una vida balanceada entre su desarrollo personal y familiar que se promueve desde el entorno laboral.

Lo anteriormente refleja los retos y desafíos que se enfrentan desde las ciencias sociales, para ello es determinante buscar el conocimiento, apoyo y fortalecimiento de las



Políticas Sociales Sectoriales:

CAMBIOS Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES ANTE LOS ESCENARIOS GLOBALES



relaciones humanas en espacios públicos y privados que fungen como centros de trabajo, fortaleciendo la tendencia que activa y empuja las capacidades y habilidades de las personas, así como la convicción por apoyar la construcción de entornos de trabajo favorables, incidiendo en la disminución de los factores psicosociales de riesgo de la población trabajadora.



Referencias Bibliográficas

- Alvarado, R., Nella, M., Villalón, M., Hirmas, M., y Pastorino, M. (2009). *Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: versión media del CoPsoQ*. Revista Chilena de Salud Pública, 13(1). Disponible en <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/652/551>
- Bretones, F. D. y Jáimez, M. J. (2011). Organizaciones saludables: más allá de la prevención de riesgos laborales. En: S. Garay y S. Vázquez (coord.) *El trabajo en diferentes grupos poblacionales: Oportunidades y desigualdades en el empleo*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible en: <https://docplayer.es/157161767-1.html>
- Casado, J. (2003). *El valor de la persona. Nuevos principios para la gestión del capital humano*. Madrid: Prentice Hall.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado.*, Buenos Aires, Paidós. Disponible en: <https://catedracoi2.files.wordpress.com/2013/05/castel-robert-la-metamorfosis-de-la-cuestic3b3n-social.pdf>
- Hernández S, R., Fernández C, C. y Baptista, M. P. (2014). Metodología de la investigación. (6.aed.). Ciudad de México, México: McGraw Hill. ISBN: 978-1-4562-2396-0
- Matabanchoy, S. (2012). *Salud en el trabajo*. Revista Universidad y Salud, Año 12, Vol. 1(15), 87-102. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v14n1/v14n1a08.pdf>
- Moreno J, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1). doi: [10.4321/S0465-546X2011000500002](https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002)
- Offe, C. (1984). *La sociedad del trabajo: problemas estructurales y perspectivas del futuro*. Madrid: Alianza.
- Oficina Internacional del Trabajo, OIT. (2003). *91 sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo*. Ginebra: OIT. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc91/pdf/memo.pdf>



Políticas Sociales Sectoriales:

CAMBIOS Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES ANTE LOS ESCENARIOS GLOBALES



Oficina Internacional del Trabajo, OIT. (2016). Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo. *Boletín Internacional de Investigación Sindical*, 8, (1-2).

Disponible en:

<http://www.relats.org/documentos/SST.OITDOCUMENTOS.Boletin2017.pdf>

Orozco, O., Del Castillo, P., Roman, J. (compiladores) (2018), *Seguridad integral en el trabajo: un enfoque psicosocial*. Cali: Editorial Bonaventuriana.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, STPS (2018). *Seguridad y Salud en el Trabajo en México: Avances, retos y desafíos*. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/279153/Libro-Seguridad_y_salud_en_el_trabajo_en_Mexico-Avances_retos_y_desafios_Digital.pdf



Autorregulación alimentaria, autoestima corporal y salud mental en mujeres mexicanas

Mayra Lizeth Salgado Espinoza⁴⁵

José González Tovar⁴⁶

Hiram Reyes Sosa⁴⁷

Resumen

El objetivo fue establecer el tipo de relación entre la autorregulación alimentaria, la autoestima corporal y la salud mental en una muestra de mujeres mexicanas. Método. Participaron 292 mujeres, con edad promedio de 23.40 años (D.E. 4.41). El 83.2% eran mujeres solteras, el 54.5% trabajaba al momento de responder la encuesta y el 54% también estudiaba. El 78.8% tenía estudios de licenciatura y el 55.1% reportó que había acudido a terapia psicológica alguna vez en su vida. Se aplicó la Escala de Autorregulación Alimentaria, la Escala de Autoestima Corporal y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Se recolectaron datos a través de la plataforma Microsoft Forms®. Resultados. Se obtuvieron correlaciones de Pearson y se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos. Hay correlación significativa negativa entre las subescalas de ansiedad y depresión y todas las subescalas de autorregulación alimentaria y satisfacción corporal. El modelo de ansiedad ajustó con cuatro predictores, la capacidad predictiva fue de $R=.362$ ($R^2=.131$), que fueron la satisfacción con el torso superior ($\beta=-.172$, $IC95\%=-.057- -.012$) la autoevaluación de la alimentación ($\beta=.265$, $IC95\%=.095-.252$) y la autoobservación $\beta=-.197$, $IC95\%=-.240- -.059$). El modelo de depresión ajustó con cuatro predictores y un nivel de predicción de $R=.432$ ($R^2=.187$), que incluyó la antropometría ($\beta=-.152$, $IC95\%=-.065- -.003$) autoevaluación ($\beta=.259$, $IC95\%=.097-.266$), satisfacción con la cara ($\beta=-.177$, $IC95\%=-.101- -.015$) y la autorreacción ($\beta=-.159$, $IC95\%=-.124- -.018$). Conclusiones. La importancia de evaluar la autorregulación alimentaria, la autoestima corporal y la salud mental radica en los hallazgos de estudios anteriores que identificaron mayor prevalencia de

⁴⁵ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. msalgado@uadec.edu.mx

⁴⁶ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. josegonzaleztovar@uadec.edu.mx

⁴⁷ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. hiram.reyes@uadec.edu.mx



relaciones entre estos constructos en mujeres. Por lo que cuando los pensamientos negativos hacia la imagen corporal son frecuentes, se convierten en un factor de vulnerabilidad en relación con la insatisfacción corporal, los trastornos alimenticios y la baja autoestima, vinculada también con indicadores de ansiedad y depresión.

Palabras clave: autorregulación, autoestima corporal, depresión, ansiedad.

Introducción

La autorregulación alimentaria se puede definir como la responsabilidad adquirida para el manejo de los propios patrones de alimentación, a través de la selección de alimentos, periodicidad y frecuencia de consumo. Esta variable refiere a un proceso consciente, voluntario y auto-dirigido dentro de un contexto ambiental y psicológico específico (Carraça et al., 2011; Vega et al., 2019) .

Al respecto, cuando se habla de un contexto ambiental y psicológico determinado, se hace necesario puntualizar en el papel de la cultura en la alimentación. Al respecto, en México, la alimentación tiene una alta influencia social, construyendo los patrones de alimentación a través de las experiencias sociales y familiares (Pérez & Álvarez, 2018), en los que la participación en la compra y preparación de alimentos se centra en unos cuantos miembros del contexto social, que se representa a través del bajo nivel de participación en la preparación de alimentos (Salgado-Espinosa & Álvarez, 2020), mermando en la habilidad de autoeficacia para la adopción y mantenimiento de hábitos asociados al autocuidado de la salud, variable asociada a la autorregulación.

Bandura (como se citó en Campos-Uscanga, Lagunes, Morales-Romero, & Romo-González, 2016) plantea unas subfunciones dinámicas de la autorregulación como la autoobservación, a través de la observación de los propios comportamientos alimentarios; la auto-evaluación de las conductas requeridas; y la autoreacción, que permite elaborar un plan de acción enfocado a la meta establecida relacionado al comportamiento de alimentación. Por lo cual, la autorregulación implica el establecimiento de metas, el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el uso de estrategias asociadas a la inhibición de comportamientos alimentarios (Ciscar, Perpiñá, Blasco, & Segura, 2019; Zimmerman, 2000).



La investigación de autorregulación alimentaria se ha enfocado mayormente en intervenciones sobre Índice de Masa Corporal (IMC) y pérdida peso, que han evidenciado que la autorregulación funge como mediador del control de peso (Teixeira et al., 2015), además, siendo asociada con el funcionamiento cognitivo, encontrando que en personas con un IMC más alto se presenta un menor funcionamiento cognitivo en áreas del cerebro dedicadas al control ejecutivo, variable implicada en la autorregulación (Johnson, Pratt, & Wardle, 2012), que pudiera exacerbar comportamientos alimentarios asociados a un pobre control de impulsos o a una limitación en la planeación de metas en la alimentación.

La manera en la que la autorregulación se ve influenciada por el aspecto emocional se refleja a través de la motivación y el control volitivo⁴⁸ que se requieren para convertir la intención en un comportamiento, reforzada por la satisfacción o frustración experimentada al realizar el comportamiento alimentario (Teixeira et al., 2018). De esta forma, la emoción inherente a la motivación contribuye a comprender cuál es el alcance de la autorregulación en la alimentación, pero además en la autoestima corporal, al fungir como mediadora en el proceso de evaluación del propio cuerpo (Brechan & Kvaem, 2015), agregando el carácter subjetivo que puede tener relación o no con la imagen real del individuo.

Por lo tanto, la autorregulación alimentaria ha sido relacionada a la autoestima corporal. Este último aspecto ha sido definido por Olenik-Shemesh et al. (2018) como la evaluación que la persona hace de su propio cuerpo o apariencia, en el que la autoestima corporal se convierte en un mecanismo que puede intervenir en la autorregulación en la alimentación (Carraça et al., 2011), a través de la experiencia emocional generada y su posterior motivación a mantener o modificar alguna parte del cuerpo a través de la modificación de la dieta o en la búsqueda de adoptar algún comportamiento orientado a este objetivo.

Al realizar estudios comparativos por sexo, abordando el IMC, se ha encontrado que las mujeres, aunque presentaron un menor IMC comparado con los hombres, presentaron un puntaje más bajo en imagen corporal y obtuvieron un mayor puntaje en adicción a la comida (Şanlıer, Türközü, & Toka, 2016). Estos hallazgos puntualizan respecto al papel del contexto

⁴⁸ El control volitivo refiere al “proceso por el cual un agente opera de manera racional, libre y consciente” (Moreno, 2009, p. 225).



cultural y los ideales de belleza prevalentes que generan un impacto en la evaluación que se realiza del propio cuerpo, además de la relación existente con la adicción a la comida, que se puede considerar como un comportamiento asociado a una pobre autorregulación.

En este sentido, Cook-Cottone (2015) plantea que la promoción de una autoestima corporal positiva se presenta como un factor de protección frente a los desórdenes alimentarios, mientras que, en el caso contrario, la insatisfacción corporal ha contribuido a predecir síntomas de depresión (Brechan & Kvaem, 2015). Esta implicación de la autoestima corporal como factor de riesgo o protección, según sea el caso, se explica ya que la ingesta de alimentos se puede ver motivada por la búsqueda del manejo del estrés emocional (Micanti et al., 2017), siendo utilizado como estrategia de afrontamiento y de regulación emocional.

En relación a la inclusión de la variable sexo, en estudios comparativos referentes a la autorregulación y autoestima corporal, se distingue una tendencia, en la que a pesar de que la pertenencia a algún grupo étnico u otros factores personales pueden influir, son las mujeres quienes suelen presentar puntuaciones más bajas en la satisfacción hacia la imagen corporal (Annesi & Marengo, 2015), asociado a una sobreestimación del peso y al deseo de modificar alguna parte de su cuerpo (Salgado & Álvarez, 2018).

En la investigación de Arbués et al. (2019) en el que participaron 1 055 universitarios, se encontró que la mujeres presentaron niveles más altos de ansiedad, estrés y depresión y, en general, la alimentación no saludable se asoció significativamente a la presencia de depresión, ansiedad y estrés. Dichos resultados coinciden con los reportados por Medina-Gómez et al. (2019) y por Pineda-García et al. (2017) que establecen que la ansiedad ha sido de las emociones más comúnmente asociadas a la sobre ingesta de alimentos, además encontraron que la prevalencia de baja autoestima corporal fue más prevalente en mujeres.

También, en el estudio de Abdollahi y Abu Talib (2016) sobre la relación entre autoestima corporal, ansiedad social y el rol moderador del peso en universitarias de Malasia, se encontró que la baja autoestima corporal se asoció significativamente a la ansiedad social en universitarias con sobrepeso y obesidad.



A partir de los hallazgos mencionados previamente se hace notar el papel del manejo emocional en la alimentación, sin necesariamente establecer una relación causal entre variables.

En este sentido, se han realizado diversas investigaciones (González-Alonso, Escolar-Llamazares, Martín, Gómez, & Val, 2019; Medina-Gómez et al., 2019; Pineda-García et al., 2017) que asocian la ansiedad y depresión a los comportamientos alimentarios, que han contribuido a generar una visión integrativa de la etiología y rol de la autoestima corporal, en el que emergen como variables subyacentes factores asociados a la autorregulación (Teixeira et al., 2015).

Lo anterior, contribuye a comprender que el afecto asociado a la autoestima corporal, en el que la ansiedad y depresión se ven implicados, y la disponibilidad de habilidades de autorregulación son importantes mediadores de los patrones de alimentación (Ciscar et al., 2019; Fleig, Kerschreiter, Schwarzer, Pomp, & Lippke, 2014), a través de los comportamientos, las emociones y las creencias que se construyen en torno a esta conducta.

La relevancia de la presente investigación radica en que, en México, se ha incrementado la prevalencia de problemáticas asociadas a la salud, dentro de las que se encuentran los asociados a los patrones de alimentación, aunado a las comorbilidades psíquicas que acompañan de forma frecuente a los comportamientos alimentarios de riesgo, siendo esta problemática más común en mujeres (González-Alonso et al., 2019). Al respecto, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública, el 76.8% de las mujeres de 20 años y más presenta sobrepeso y obesidad, comparado con el porcentaje de 73% reportado en hombres.

De esta forma, el objetivo de la presente investigación fue establecer el tipo de relación entre la autorregulación alimentaria, la autoestima corporal y la salud mental en una muestra de mujeres mexicanas.

Método

Participantes

Se utilizó una muestra incidental de 292 mujeres, cuya edad promedio fue de 23.40 años con una desviación de 4.41. La mayor parte de la muestra eran mujeres solteras (83.2%),



el 54.5% trabajaba al momento de responder la encuesta y el 54% también estudiaba. La mayoría de la muestra tenía estudios de licenciatura (78.8%) y más de la mitad reportó que había acudido a terapia psicológica alguna vez en su vida (55.1%).

Instrumento

Escala de Autorregulación Alimentaria de Campos-Uscanga, Lagunes Córdoba, Morales-Romero & Romo-González (EAA, 2015). Es una prueba que consiste en 14 reactivos agrupados en tres dimensiones: autorreacción (6), autoobservación (4) y autoevaluación (4), se basa en el enfoque teórico de la autorregulación de Bandura (1986). La consistencia interna el presente estudio se estimó con el coeficiente alfa de Cronbach, que resultó con un valor de .89.

Escala de Autoestima Corporal de Peris, Maganto & Garaigordobi (EAC, 2016). Escala compuesta por 26 reactivos, 20 miden la satisfacción corporal (SC) desde un enfoque cognitivo y seis lo miden desde una perspectiva emocional (AC). Para este estudio se utilizó la calificación obtenida por suma simple de la dimensión cognitiva. El coeficiente alfa fue de .95.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg et al. (GADE, 1988). Consta de 18 reactivos agrupados en dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, se calcula una puntuación independiente para cada escala mediante suma simple. Hay puntos de corte establecidos, pero en el presente estudio se utilizó la puntuación con nivel de medición continua. Las subescala de ansiedad y de depresión presentaron, ambas un alfa de .75.

Procedimiento

La recolección de los datos se utilizó la plataforma Microsoft Forms®, en la cual se diseñó la batería de pruebas con la siguiente secuencia en la presentación de las pruebas: EAA-SC-GADE. El tiempo de respuesta promedio reportado por la plataforma fue de 27 minutos. La forma de compartir la liga de la batería de pruebas fue mediante redes sociales durante un periodo de 15 días. El consentimiento informado se obtuvo de manera escrita en el primer reactivo del formulario, donde se le explicó el uso confidencial y anónimo de la información proporcionada y los datos de contacto en caso de alguna duda o pregunta sobre el contenido de las pruebas.



Plan de análisis

Previo cálculo de las puntuaciones de las escalas y subescalas se procesaron estadísticos descriptivos y de distribución como son la media, desviación estándar, asimetría y curtosis. Al existir evidencia de un perfil de la distribución tendiente a la simetría se estimaron las correlaciones de Pearson y se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos.

Resultados

La estadística descriptiva de las subescalas presentó un comportamiento con un perfil mesocúrtico y tendencia a la simetría, dado que los valores en los coeficientes resultaron inferiores a dos puntos. Por otro lado, la prevalencia promedio de ansiedad y depresión fueron superiores a los puntos de corte establecidos para determinar presencia de la psicopatología que son ansiedad ≥ 4 y depresión ≥ 3 (Goldberg et al., 1988). En otro sentido, la autorregulación alimentaria, en sus tres dimensiones resultaron con valores cercanos al máximo posible de la escala en el factor autorreacción y autoobservación, la autoevaluación se ubicó casi en un punto intermedio. Por último, la satisfacción corporal fue alta en cuanto al rostro, no así en partes como el torso superior, inferior y la antropometría del respondiente, que se ubicó en un punto medio y con desviaciones estándar altas.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la EAA, EAC y GADE en la muestra de mujeres.

Variable	Mín.	Máx.	M	DE	s	k
Ansiedad	0	9	6.414	2.330	-.813	-.082
Depresión	0	9	4.585	2.489	-.115	-.976
Autorreacción	6	30	19.05	5.586	.086	-.585
Autoobservación	7	20	16.23	3.072	-.663	-.391
Autoevaluación	4	20	13.21	3.554	-.015	-.402
Satisfacción cara	10	50	40.35	7.661	-1.19	1.54
Satisfacción torso superior	0	50	33.68	11.664	-.682	-.230
Satisfacción torso inferior	0	50	32.08	12.120	-.648	-.216
Antropometría	2	50	33.75	11.155	-.645	-.263

Nota. M=media aritmética, DE= desviación estándar, s= asimetría de Pearson, k=coeficiente de curtosis.



Hay correlación significativa negativa entre las subescalas de ansiedad y depresión y las subescalas de autorregulación alimentaria y satisfacción corporal. Las correlaciones positivas solo se presentaron entre la subescala de autoevaluación, depresión y ansiedad. Las correlaciones más altas se estimaron entre las subescalas de Goldberg y la satisfacción corporal, con valores mínimos de $-.234$ y hasta $-.377$ en el coeficiente de Pearson.

Tabla 2
Matriz de correlaciones entre la GADE, EAA y EAC.

Variable	Depresión	Ansiedad
Autorreacción	$-.156^{**}$	$-.126^*$
Autoobservación	$-.109^*$	$-.119^*$
Autoevaluación	$.177^{**}$	$.185^{**}$
Satisfacción cara	$-.317^{**}$	$-.234^{**}$
Satisfacción torso superior	$-.368^{**}$	$-.321^{**}$
Satisfacción torso inferior	$-.358^{**}$	$-.310^{**}$
Antropometría	$-.377^{**}$	$-.326^{**}$

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Se ajustaron modelos de regresión para las subescalas de ansiedad y depresión. El modelo de ansiedad ajustó con tres predictores, la capacidad predictiva fue de $R=.362$ ($R^2=.131$) que fueron la satisfacción con el torso superior ($\beta=-.172$, $IC95\%=-.057- -.012$) la autoevaluación de la alimentación ($\beta=.265$, $IC95\%=.095-.252$) y la autoobservación $\beta=-.197$, $IC95\%=-.240- -.059$). El modelo de depresión ajustó con cuatro predictores y un nivel de predicción de $R=.432$ ($R^2=.187$) que fueron la antropometría ($\beta=-.152$, $IC95\%=-.065- -.003$) autoevaluación ($\beta=.259$, $IC95\%=.097-.266$), satisfacción con la cara ($\beta=-.177$, $IC95\%=-.101- -.015$) y la autorreacción ($\beta=-.159$, $IC95\%=-.124- -.018$). Hay que tomar en consideración que, los valores de R^2 en ambos modelos, considerando el valor del error estándar de los mismos y al establecer los intervalos de confianza, se ubicaron en el límite inferior con valores pequeños en ambos modelos según la clasificación propuesta por Ellis (2010), incluso, el valor del límite inferior para R^2 en el modelo de depresión podría ser no interpretable (Domínguez-Lara, 2017).



Tabla 3

Modelos de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos

Variable dependiente	Predictor	CNE		CE		t	p	95.0% IC		EC	
		β	ES	β				LI	LS	Tol.	VIF
^A Ansiedad	(Constante)	7.701	.814			9.466	.000	6.100	9.303		
	Torso superior	-.034	.012	-.172		-2.966	.003	-.057	-.012	.898	1.113
	Autoevaluación	.173	.040	.265		4.325	.000	.095	.252	.806	1.240
	Autobservación	-.149	.046	-.197		-3.242	.001	-.240	-.059	.820	1.219
^B Depresión	(Constante)	7.016	.881			7.960	.000	5.281	8.75		
	Antropometría	-.034	.016	-.152		-2.178	.030	-.065	-.003	.582	1.720
	Autoevaluación	.181	.043	.259		4.229	.000	.097	.266	.757	1.322
	Rostro	-.058	.022	-.177		-2.648	.009	-.101	-.015	.631	1.586
	Autorreacción	-.071	.027	-.159		-2.617	.009	-.124	-.018	.764	1.310

Nota. ^AR=.362, R²=.131, IC95% R²= .058-.132, ^BR=.432, R²=.187, IC95% R²=.005-.058. CNE= Coeficientes no estandarizados, CE= Coeficientes estandarizados, ES=Error estándar, EC= Estadísticos de colinealidad, Tol. = Índice de tolerancia, VIF= factor de incremento de la varianza.

Discusión

La autorregulación alimentaria es una variable importante que interviene en la toma de decisiones en un componente de cuidado de la salud, como lo es la alimentación, aun a pesar de los estímulos del entorno (Campos, Romo, Del Moral, & Carmona, 2017). La relevancia de este comportamiento radica en que a partir de la alimentación se obtienen los recursos necesarios para las funciones corporales, a través de procesos metabólicos, y en el que un desequilibrio entre ingesta y gasto energético puede favorecer la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Lo anterior implica que es necesario adquirir habilidades, como la autorregulación, que permita automonitorear, evaluar las alternativas más adecuadas, y llevarlas a cabo para alcanzar la meta de alimentación establecida.

Los hallazgos reportados en la presente investigación son relevantes debido a que se identificó que todas las dimensiones de la autorregulación se encontraron cercanos a los valores más altos, aunque la autoevaluación se encontró más cercano al punto medio, lo que implica que existe una importante área de oportunidad en estos procesos de supervisión y análisis de la conducta de alimentación y los alimentos elegidos (Ciscar et al., 2019), a pesar



de que en lo que se relaciona a la observación del comportamiento y los pasos requeridos para llegar a la meta se encuentran en niveles elevados.

Respecto a la satisfacción corporal se reportaron grandes valores en desviaciones estándar lo que representa una gran variabilidad en cómo es que las mujeres participantes evalúan su cuerpo. Estos hallazgos se pueden relacionar con lo reportado por Salgado y Álvarez (2018) en el que el 72.6% de las mujeres reportaron que les gustaría cambiar una parte de su cuerpo, siendo la característica que les gustaría adquirir el tener un cuerpo más firme. Mientras que, las partes con las que se encontraron más insatisfechas en la presente investigación como el torso superior, inferior y antropometría representarían las zonas donde les gustaría adquirir dicha firmeza, en el que intervienen factores como los estereotipos de belleza y la subsecuente presión social que influyen en cómo se evalúan las partes del cuerpo.

Asimismo, similar a lo encontrado en la presente investigación, los altos niveles de ansiedad y depresión, también han sido reportados en el estudio de Arbués et al. (2019), en el que encontró una alta prevalencia de estos, siendo más altos los niveles en población femenina, volviéndose factores de riesgo para la adopción y mantenimiento de patrones de alimentación no saludables, impactando también en la autoestima corporal al adoptar una postura más crítica hacia sus propios procesos de evaluación del cuerpo.

Por lo tanto, se hace notar que el comportamiento alimentario se ve impactado por la autoestima corporal y los estados emocionales (Annesi & Mareno, 2015), en el que la autorregulación parece disminuirse cuando el sujeto se encuentra experimentando estados emocionales negativos como la ansiedad y/o depresión, al encontrar una correlación negativa entre dichas variables.

Por un lado, la ansiedad ha sido asociada a la insatisfacción con la imagen corporal y depresión, lo que puede ser explicado a través de lo propuesto por Turel et al. (2018), en el que la ansiedad se asocia una mayor preocupación de cómo evalúan los demás la apariencia del sujeto, mermando directamente en la imagen corporal, ya que se suele percibir al cuerpo como una fuente de identidad personal, otorgándole un peso importante en la forma en la que se evalúan otros aspectos como la capacidad de funcionar en las actividades cotidianas y en contextos sociales.



Mientras que la explicación de la correlación negativa existente entre autoestima corporal y depresión radica en que existe una implicación emocional en la evaluación del propio cuerpo. Lo anterior se relaciona con lo reportado por Şanlıer et al. (2016) quienes encontraron que no se presentó correlación entre IMC y la imagen corporal, lo que evidencia el papel de la evaluación subjetiva del cuerpo, y que puede no estar relacionada a parámetros considerados como objetivos, como son la talla y la estatura, a partir de los cuales se realiza el cálculo del IMC. Lo anterior se confirma a través del mismo estudio en el que encontró una correlación negativa entre imagen corporal y depresión.

La relación existente encontrada entre la autorregulación alimentaria y los estados emocionales se puede explicar a través de lo propuesto por Naughton et al. (2015), quienes proponen que la autorregulación se compone por la motivación, que involucra la intención de realizar un comportamiento y en el que participan las emociones como reforzador del comportamiento autorregulado; mientras que, el otro componente de la autorregulación es el control volitivo, en el que se involucra la serie de pasos para llegar al comportamiento objetivo, donde interviene también la autoeficacia, que tiene que ver con la percepción de la capacidad de poder realizar el comportamiento de regular su alimentación, además de poder afrontar los obstáculos que se le presenten en este proceso.

Lo anterior demuestra que, la autorregulación de la alimentación, como aquella capacidad de reflexión y evaluación de conductas que llevan a acciones orientadas a metas (Bandura, 2005) puede fungir como un factor protector ante la prevalencia de indicadores negativos de la salud mental en las mujeres estudiadas. Además, una valoración positiva de su cuerpo, según la evidencia, se vincula directamente con una salud mental tendiente a la funcionalidad.

Los estudios que abordan la relación entre autorregulación alimentaria y estados emocionales se ha intensificado en los últimos años, a medida que los problemas asociados a la malnutrición han mantenido su tendencia al incremento, y en el que se hace más evidente el papel mediador de las emociones en la relación entre autoestima corporal y la autoeficacia para controlar las señales emocionales de alimentación (Annesi & Marengo, 2015).



Una de las hipótesis planteadas al respecto es que el incremento de la prevalencia global de obesidad indica que el consumo de alimentos está asociado a una cuestión hedónica, más que a un proceso interno de búsqueda de homeostasis, que se relaciona a una menor autoeficacia, factor determinante de la autorregulación (Naughton et al., 2015).

A partir de la presente investigación se identifica que la autorregulación alimentaria es una habilidad que se desarrolla de la mano de factores como la autoeficacia y la motivación, que a su vez destacan el papel de la salud mental, y la necesidad de construir programas de intervención que aborden variables emocionales para un mejor control de la alimentación.

Según Teixeira et al. (2015), la investigación referente a la imagen corporal y variables asociadas al comportamiento alimentario tiene un gran potencial para desarrollarse, a medida que se van presentando nuevos retos sociales y se construyen o transforman las nuevas representaciones en torno al género y los ideales de belleza.

Conclusiones generales

La alimentación es un comportamiento multidimensional que comprende la esfera biológica, psicológica y social, involucrando aspectos como las habilidades y estrategias individuales, a través de la autorregulación alimentaria; aspectos emocionales asociados a la evaluación del propio cuerpo o autoestima corporal, así como la ansiedad y la depresión, ambas definidas como estado emocional no placentero que se presenta como consecuencia de una evaluación cognitiva de acuerdo a una situación amenazante real o imaginada.

La importancia de evaluar la autorregulación alimentaria, la autoestima corporal y su relación con la salud mental radica en que se ha identificado una mayor prevalencia de relaciones entre estos constructos en mujeres, que se confirma con la cantidad de subescalas correlacionadas con las subescalas de ansiedad y depresión. Estudios previos que han explorado constructos similares coinciden en que cuando los pensamientos negativos hacia la imagen corporal son frecuentes convierten en un factor de vulnerabilidad en relación con la insatisfacción corporal, los trastornos alimenticios y la baja autoestima, variable vinculada también con indicadores de ansiedad y depresión.



Referencias Bibliográficas

- Abdollahi, A., & Abu Talib, M. (2016). Self-esteem, body-esteem, emotional intelligence, and social anxiety in a college sample: The moderating role of weight. *Psychology, Health and Medicine*, 21(2), 221–225. doi: 10.1080/13548506.2015.1017825
- Annesi, J. J., & Marenco, N. (2015). Improvement in emotional eating associated with an enhanced body image in obese women: Mediation by weight-management treatments' effects on self-efficacy to resist emotional cues to eating. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2923–2935. doi: 10.1111/jan.12766
- Arbués, R. E., Martínez, B., Granada, J. M., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., ... Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339–1345. doi: 10.20960/nh.02641
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology*, 54(2), 245–254. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49–58. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.12.008
- Campos-Uscanga, Y., Lagunes, R., Morales-Romero, J., & Romo-González, T. (2015). Diseño y validación de una escala para valorar la autorregulación de hábitos alimentarios en estudiantes universitarios mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(1), 44-50. Recuperado de <http://www.alanrevista.org/ediciones/2015/1/art-6/>
- Campos-Uscanga, Y., Lagunes, R., Morales-Romero, J., & Romo-González, T. (2016). Diseño y validación de una Escala de Autorregulación de la Actividad Física. *Revista de Psicología Del Deporte*, 25(2), 309–316.
- Campos, Y., Romo, T., Del Moral, L. E., & Carmona, N. I. (2017). Obesidad Y Autorregulación De La Actividad Física Y La Alimentación En Estudiantes



- Universitarios: Un Estudio Longitudinal. *MHSALUD: Revista En Ciencias Del Movimiento Humano y Salud*, 14(1), 1–16. doi: 10.15359/mhs.14-1.4
- Carraça, E. V., Silva, M. N., Markland, D., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2011). Body image change and improved eating self-regulation in a weight management intervention in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 1–11. doi: 10.1186/1479-5868-8-75
- Ciscar, S., Perpiñá, C., Blasco, L., & Segura, M. (2019). Executive functioning, affect and eating self-regulation in eating disorders and obesity. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 1–11. doi: 10.24205/03276716.2018.1083
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158–167. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.004
- Domínguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto en análisis de regresión. *Interacciones*, 3(1), 3-5. doi: 10.24016/2017.v3n1.46
- Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511761676
- Fleig, L., Kerschreiter, R., Schwarzer, R., Pomp, S., & Lippke, S. (2014). ‘Sticking to a healthy diet is easier for me when I exercise regularly’: Cognitive transfer between physical exercise and healthy nutrition. *Psychology and Health*, 29(12), 1361–1372. doi: 10.1080/08870446.2014.930146
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 297(6653), 897–899. doi: 10.1136/bmj.297.6653.897
- González-Alonso, M. Y., Escolar-Llamazares, M. C., Martín, M. Á. M., Gómez, M. B. M., & Val, E. M. (2019). Comorbilidad de los trastornos alimentarios con ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 375–384. doi: 10.24205/03276716.2019.1149
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*.



- Recuperado de
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, 36(5), 665–674. doi: 10.1038/ijo.2011.156
- Medina-Gómez, M. B., Martínez-Martín, M. Á., Escolar-Llamazares, M. C., González-Alonso, Y., & Mercado-Val, E. (2019). Ansiedad e insatisfacción corporal en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 13–21. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552019000100013&lang=en<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v22n1/0123-9155-acp-22-01-13.pdf>
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiirro, G., Pecoraro, G., ... Galletta, D. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 105–115. doi: 10.1007/s40519-016-0275-7
- Moreno, A. (2009). El origen de la volición. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*. <https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v0i0.1258>
- Naughton, P., McCarthy, M., & McCarthy, S. (2015). Acting to self-regulate unhealthy eating habits. An investigation into the effects of habit, hedonic hunger and self-regulation on sugar consumption from confectionery foods. *Food Quality and Preference*, 46, 173–183. doi: 10.1016/j.foodqual.2015.08.001
- Olenik-Shemesh, D., Heiman, T., & Keshet, N. S. (2018). The Role of Career Aspiration, Self-Esteem, Body Esteem, and Gender in Predicting Sense of Well-being Among Emerging Adults. *Journal of Genetic Psychology*, 179(6), 343–356. doi: 10.1080/00221325.2018.1526163
- Pérez, B. D. L. A., & Álvarez, J. (2018). Representations of eating habits: Differences between pre-adolescents and their parents. *Papers on Social Representations*, 27(2), 1–23.
- Peris, M., & Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2016). Escala de Autoestima Corporal:



- Datos psicométricos de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 51-58. Recuperado de https://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-18_0.pdf
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas Acevedo, S., & Velasco Ariza, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49–55.
- Salgado-Espinosa, M., & Álvarez, J. (2020). Autoeficacia: Relación con los hábitos de salud y la calidad de vida en universitarios del noreste de México. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 11(1), 53–64.
- Salgado, M. L., & Álvarez, J. (2018). Imagen corporal en universitarios del noreste de México: estudio comparativo por sexo. *Revista de Psicología de La Salud*, 6(1), 58–86. doi: 10.21134/pssa.v6i1.1317
- Şanlıer, N., Türközü, D., & Toka, O. (2016). Body Image, Food Addiction, Depression, and Body Mass Index in University Students. *Ecology of Food and Nutrition*, 55(6), 491–507. doi: 10.1080/03670244.2016.1219951
- Teixeira, D. S., Silva, M. N., & Palmeira, A. L. (2018). How does frustration make you feel? A motivational analysis in exercise context. *Motivation and Emotion*, 42(3), 419–428. doi: 10.1007/s11031-018-9690-6
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., ... Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: A systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13(1), 1–16. doi: 10.1186/s12916-015-0323-6
- Turel, T., Jameson, M., Gitimu, P., Rowlands, Z., Mincher, J., & Pohle-Krauza, R. (2018). Disordered eating: Influence of body image, sociocultural attitudes, appearance anxiety and depression - a focus on college males and a gender comparison. *Cogent Psychology*, 5(1), 1–22. doi: 10.1080/23311908.2018.1483062
- Vega, V., Crovetto, M., Valladares, M., Oñate, G., Fernández, M., Espinoza, V., ... Durán, S. (2019). Consumo de frutas, verduras y legumbres en universitarios chilenos. *Rev*



Políticas Sociales Sectoriales:

CAMBIOS Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES ANTE LOS ESCENARIOS GLOBALES



Chil Nutr, 46(4), 436–442. doi: 10.4067/S0717-75182019000400436

Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91. doi: 10.1006/ceps.1999.1016



Atención psicológica en línea y los indicadores de afectación en salud mental frente a la pandemia del COVID-19

Alicia Hernández Montaña⁴⁹

José González Tovar⁵⁰

Chabely Torriente Menendez⁵¹

María Carla Lara Men⁵²

Resumen

El objetivo del presente estudio fue conocer la dinámica familiar y personal a partir del confinamiento e identificar los niveles de síntomas de ansiedad, desesperanza, y las estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19 en usuarios de servicios de atención psicológica en línea. Se utilizó un diseño de tipo transversal predictivo, con una muestra de 78 personas voluntarias. Se aplicó la Escala de estrategias de afrontamiento frente a riesgos extremos, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). Los resultados indicaron que la dinámica familiar de los participantes se mantenía estables, al igual que sus rutinas diarias, lo que puede ser un factor protector para afrontar el estrés asociado al confinamiento. Se presentaron bajos niveles de ansiedad y desesperanza y un afrontamiento activo. Se concluye la importancia de fomentar estrategias de atención clínica o intervención en crisis de pacientes que están solicitando apoyo, para afrontar de manera activa los malestares psicológicos y emocionales derivados del contexto de la pandemia.

Palabras clave: ansiedad, indefensión, afrontamiento, intervención psicológica, COVID-19

⁴⁹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila aliciahernandezmont@uadec.edu.mx

⁵⁰ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila josegonzaleztovar@uadec.edu.mx

⁵¹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila chabelytorriente@gmail.com

⁵² Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila mariacarlalara19@gmail.com



Introducción

La pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) es el mayor brote de neumonía atípica desde el brote del SARS en el año 2003 (Wang et al., 2020). La transmisión entre humanos se da a través de gotitas respiratorias, con períodos cortos de incubación, presencia de casos asintomáticos (Paules, Marston, & Fauci, 2020) y riesgo de agravamiento como lesiones cardíacas, insuficiencia respiratoria y muerte, sobre todo en adultos mayores con enfermedades crónicas comórbidas (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2020). En diciembre de 2019 se descubrió su asociación con exposición a un mercado en la ciudad de Wuhan (China), desde entonces el número de casos y contagios ha tenido un aumento exponencial, convirtiéndose en una amenaza para la salud a nivel mundial (Wang, Horby, Hayden, & Gao, 2020), llevando a que en enero de 2020 la OMS lo declarara como un problema de salud pública y una emergencia de preocupación internacional (Mahase, 2020).

Frente a la pandemia actual del COVID-19, investigaciones preliminares sugieren afectaciones en la salud mental de la población mundial similares a las reportadas en otras crisis sanitarias (SARS, MERS, gripe A/H1N1 y ébola), una prevalencia alta de malestar psicológico, síntomas afectivos y TEPT (Brooks et al., 2020; Ibáñez-Vizoso, Alberdi-Páramo, & Díaz-Marsá, 2020).

De acuerdo con la evidencia revisada por González, Gómez, Picco, Wolff, & Wolff (2020), se ha identificado que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general, siendo las mujeres quienes presentan mayores preocupaciones por COVID-19 que los hombres.

Además, en las personas que sufren el fallecimiento repentino de un ser querido por la COVID-19, la incapacidad de despedirse puede generar sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, lo que podría generar el desarrollo de un duelo patológico (Huarcaya-Victoria, 2020).

La ansiedad es otra de las afectaciones que se ha presentado durante esta pandemia, la rápida propagación de COVID-19 ha agudizado la presencia de síntomas de ansiedad en las personas de todo el mundo (Huang & Zhao, 2020; Niaz & Othman, 2020).



En el contexto de la pandemia de COVID-19 se ha hablado de ansiedad por la salud, la cual ocurre cuando algunos cambios o sensaciones fisiológicas son evaluados como síntomas de alguna enfermedad. Se distingue por interpretaciones catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, que conduce a respuestas poco adaptativas (Huarcaya-Victoria, 2020).

Asimismo, otros estudios realizados con profesionales de la salud de la ciudad de Wuhan indicaron que el 44.6% presentó síntomas de ansiedad, el 34% de insomnio y el 71.5% de angustia (Lai et al., 2019). Datos similares reportó otro estudio con 230 miembros del personal médico en atención a pacientes contagiados, la ansiedad en la muestra fue del 23%, con valores de ansiedad severa de 2.17%, ansiedad moderada 4.78% y ansiedad leve 16.09%. La incidencia de ansiedad en el personal médico femenino fue mayor que en los hombres, así como la incidencia de ansiedad hallada en el grupo de enfermeras fue superior que en los médicos (Huang et al., 2020). Estas diferencias de género también han sido reportadas por diversos estudios en población general donde las mujeres mencionan sentir más ansiedad que los hombres (Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Wang et al., 2020b). Además, ser soltera, no tener hijos, presentar comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental se asocia con la presencia de mayores niveles de síntomas de ansiedad (Galindo-Vázquez et al., 2020).

Un dato interesante que aporta Huarcaya-Victoria (2020) es que se tiene que tener en cuenta que existen diferentes colectivos que, de acuerdo a sus características de salud física y mental, sociales y ocupacionales afrontan de manera diferenciada los efectos del COVID-19. En la misma línea, Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales (2020) señalan tres grupos con necesidades especiales de intervención psicológica, el primer grupo incluye al personal de salud que está en la primera línea de atención, el segundo, las personas con una diagnóstico mental previo cuyas condiciones se ven exacerbadas ante el aislamiento aumentando su vulnerabilidad psicopatológica durante y después del suceso (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, & Escobar, 2020), y el tercer grupo, son las personas con familiares contagiados en estado grave, con mal pronóstico o que han fallecido.



Teniendo en cuenta las medidas de confinamiento, los servicios de salud mental han migrado al uso de plataformas de aplicaciones móviles e internet para brindar la atención psicológica en población expuesta. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue conocer la dinámica contextual a partir del confinamiento e identificar los niveles de síntomas de ansiedad y desesperanza, así como, las estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19 en usuarios de servicios de atención psicológica en línea

Método

Participantes

La muestra está comprendida por 78 participantes, de ellos el 78.2% (n=61) son mujeres y 21.8% (n=17) son hombres. Sus edades oscilan entre los 16 a 56 años, específicamente: 73.1% (n=57) entre 16 y 24 años, 19.2% (n=15) entre 27 y 36 años, 5.1% (n=4) entre 37 y 46 años, y 2.6% (n=2) de 47 a 56 años de edad. En relación con su estado civil encontramos que, un 69.2% (n=54) están soltero/a, un 16.7% (n=13) son casado/a, un 6.4% (n=5) se encuentran separado/a, un 5.1% (n=4) sostiene unión libre, y un 2.6% (n=2) están divorciado/a. Con respecto al nivel máximo de estudios concluidos, un 55.1% (n=43) ha obtenido su título de Bachillerato, un 33.3% (n=26) de Licenciatura, un 9.0% (n=7) de Secundaria, y un 2.6% (n=2) ha concluido estudios de Maestría. Asimismo, en cuanto a su ocupación actual, se observa que un 56.4% (n=44) son estudiantes, un 21.8% (n=17) tiene un trabajo remunerado, un 9.0% (n=7) labora en el hogar, un 6.4% (n=5) estudia y trabaja, un 3.8% (n=3) realiza comercio informal, y un 2.6% (n=2) se halla desempleado/a. Incluso, vinculado a la modalidad de ocupación en este momento se detecta que, un 52.6% (n=41) estudia en línea, un 16.7% (n=13) trabaja desde casa (homeoffice), un 15.4% (n=12) refirió no desempeñar ninguna de las opciones propuestas, un 7.7% (n=6) asiste a su espacio ocupacional a medio tiempo, al igual que aquellos que asisten a su espacio laboral a tiempo completo. En cuanto a la práctica de religión, un 59.0% (n=46) refiere ser católico/a, un 28.2% (n=22) no practica ninguna religión, un 9.0% (n=7) son cristiano/evangélico, y un 3.8% (n=3) aluden desarrollar otras prácticas religiosas.

Instrumentos



Datos sociodemográficos. Se utilizó un apartado de datos demográficos conformado por cuatro ítems: edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación. Por otra lado, para caracterizar el confinamiento se diseñó una sección que incluyen: tipo de confinamiento, personas con las que comparte el mismo espacio, dificultades para dormir, incremento de respuestas de enojo/irritabilidad, percepción de caos en la dinámica familiar, incremento de conflictos en casa, incremento de consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, alimentos poco saludables y uso del internet, así como, su activación física se respondieron con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de nada a mucho.

Escala de estrategias de afrontamiento frente a riesgos extremos (López-Vázquez & Marván, 2004) adaptada de la “Échelle Toulousaine de Coping” (Esparbes, Sordes-Ader, & Tap, 1994) contiene 26 ítems que evalúan 2 estrategias (afrontamiento activo y afrontamiento pasivo) que se contestan en una escala Likert de cinco puntos: a) para nada, b) rara vez, c) a veces, d) seguido, y e) muy seguido. El índice de consistencia interna del cuestionario general, utilizando el alfa de Cronbach, es de .717.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), es un instrumento de auto reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad desarrollado por Beck, Epstein, Brown & Steer, (1988). Se responde de acuerdo con una escala tipo Likert que va del 0 al 3 (0: Nada; 1: Leve; 2: Moderado; 3: Bastante). La puntuación total es la suma de todos los ítems, los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Los resultados se interpretan de 0-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada y 36 o más ansiedad severa. En el presente estudio se obtuvo un coeficiente alfa de .919.

Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) (Beck & Steer, 1988) consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, Verdadero o Falso. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck y Steer (1988): 0-3, Rango normal o asintomático; 4-8, Leve; 9-14, Moderado; y 15-20, Severo.



Procedimiento

La recolección de datos se hizo durante los meses de abril y mayo del 2020, a través de los estudiantes de psicología que proporcionaban atención psicológica por medio de alguna plataforma en línea. Esta modalidad de atención comenzó a operar a partir del decreto de la Sana Distancia por parte de Secretaria de Salud.

Los usuarios eran informados sobre el objetivo de la investigación, se les solicitó su participación voluntaria, explicando los lineamientos éticos del manejo de la información, normas de acuerdo con la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

Análisis de datos

Los datos se analizaron con estadísticos descriptivos para el apartado de datos sociodemográficos y características del confinamiento y para las subescalas de las tres pruebas utilizadas. Se obtuvieron la media aritmética, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis.

Resultados

Con respecto a las características generales del confinamiento que manifiestan los participantes se observa que, un 44.9% (n=35) de ellos realiza confinamiento parcial, es decir, solo salen a abastecerse de productos de primera necesidad, un 32.1% (n=25) ejerce confinamiento total, un 16.7% (n=13) sale solo a trabajar, un 2.6% (n=2) salen para cuidar las necesidades de otros, y un 1.3% (n=1) no lleva a cabo las medidas de aislamiento.

En relación con la cantidad de personas con las que comparten el encierro, un 28.2% (n=22) con 3 personas, un 20.5% (n=16) con 4 personas, un 19.2% (n=15) con 2, un 11.5% (n=9) con 5, un 7.7% (n=6) con 1, un 6.4% (n=5) con 6 o más, o con ninguna. Las personas con las que están compartiendo dicho espacio es fundamentalmente con padres y hermanos según refiere un 47.4% (n=37) de los entrevistados.

En cuanto a si los participantes continúan llevando a cabo las rutinas que habitualmente tendían a seguir un 30.8% (n=24) señaló que poco, un 28.2% (n=22) que algo, un 25.6% (n=20) que nada, un 9.0% (n=7) bastante y un 6.4% (n=5) refiere que mucho. Además, un 29.5% (n=23) alude que presenta algo de dificultades para conciliar el sueño, así como un 37.2% (n=29) percibe que se ha incrementado algo su enojo/irritabilidad.



Asimismo, tal como se observa que un 41.0% (n=32) de los participantes están percibiendo que la dinámica entre los diversos integrantes de su hogar está algo caótica/complicada, un 28.2% (n=22) que un poco, un 15.4% (n=12) nada difícil, un 12.8% (n=10) bastante, y un 2.6% (n=2) comenta que mucho. Con respecto al incremento de los conflictos en casa un 43.6% (n=34) declara que un poco, un 26.9% (n=21) nada, un 16.7% (n=13) algo, un 10.3% (n=8) bastante, mientras que un 2.6% (n=2) percibe que mucho.

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas durante este período, un 51.3% (n=40) la muestra describe que no se ha incrementado nada el consumo de alcohol, un 23.1% (n=18) que no consume, un 10.3% (n=8) que sí ha aumentado algo, un 9.0% (n=7) un poco, y un 6.4% (n=5) bastante. Acerca del consumo de tabaco, la mayoría de los participantes (48.7%; n=38) identifican que no se ha acrecentado nada, así como otros refieren no consumir habitualmente (30.8%; n=24). En cuanto al consumo de otra droga o sustancia, se halló que un 47.4% (n=37) también refiere que no se ha elevado nada, un 37.2% (n=29) no consume, un 9.0% (n=7) detecta que poco, un 3.8% (n=3) algo, y solo un 2.6% (n=2) bastante.

Con respecto a las redes sociales, un 35.9% (n=28) precisan que su conexión y consumo de estas ha aumentado bastante, un 26.9% (n=21) mucho, un 15.4% (n=12) poco, un 12.8% (n=10) algo, y un 9.0% (n=7) nada.

Por su parte, un 30.8% (n=24) declaran que no realizan nada de ejercicio físico u otra actividad, un 29.5% (n=23) refieren que poco, un 28.2% (n=22) algo, un 10.3% (n=8) bastante, y un 1.3% (n=1) mucho.

Asimismo, en cuanto a las conductas de limpieza, un 35.9% (n=28) describe que se han incrementado bastante, un 34.6% (n=27) algo, un 12.8% (n=10) poco, un 11.5% (n=9) mucho, y un 5.1% (n=4) nada (Ver Tabla 5).

Entre las situaciones que más le preocupan en este momento encontramos que constituyen aquellas asociadas a la esfera académica (29.5%; n=23), económica (21.8%; n=17), familiar (17.9%; n=14), salud personal (15.4%; n=12), otras situaciones (7.7%; n=6), laboral (3.8%; n=3), social (2.6%; n=2), y un 1.3% (n=) refiere que nada le preocupa.

Asimismo, los resultados arrojan que la Ansiedad constituye el motivo más frecuente por el que asisten los participantes a consulta (59.0%; n=46). Asimismo, la vía o plataforma



más empleada para la atención remota ha sido Facebook, la cual ha sido preferida por el 60.3% (n=47) de los individuos. Además, tal como se puede observar, el 56.4% (n=44) de los pacientes que conforman el grupo de estudio, tendieron a no presentarse a una segunda sesión, así como un 66.7% (n=52) no requirieron la canalización o derivación a otro especialista, como datos más relevantes.

En la escala de afrontamiento (ver Tabla 1) indica que las repuestas con mayor puntuación se encuentra el *aceptar que la situación es inevitable* ($M=3.60$; $DT= 0.937$), *buscar información con personas que saben* ($M= 3.55$; $DT=1.23$); *buscar actividades para pensar en otra cosa* ($M=3.35$; $DT=1.168$); *analizar las circunstancias para saber qué hacer* ($M=3.33$; $DT=0.991$) y *consultar sobre el problema con profesionales* ($M=3.20$; $DT=1.230$). Esto demuestra la prevalencia de un afrontamiento positivo ($M=38.6575$; $DT=9.16548$), por lo que podemos plantear que la existencia de este afrontamiento puede ser visto como un predictor de resiliencia y reevaluación positiva de la situación por la tendencia de la muestra de responder al problema serenamente, buscar alternativas y generar un plan de acción para disminuir el malestar causante de la situación problemática.

Tabla 1

Análisis descriptivo de la Escala de Estrategias de Afrontamiento

Preguntas	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>As</i>	<i>K</i>
1. Acepto la situación pues es inevitable	3.6 0	0.973	1	5	-0.199	-0.509
2. Deseo un milagro y ruego a Dios para que me ayude	3.0 4	1.437	1	5	0.125	-1.343
3. Rechazó la idea de que esta situación es grave	1.8 4	1.053	1	5	1.114	0.583
4. Algunas veces no hago lo que ya había previsto hacer	2.9 6	1.058	1	5	-0.059	-0.492
5. Analizó las circunstancias para saber qué hacer	3.3 3	0.991	1	5	-0.035	-0.407
6. Bromeo y tomo las cosas a la ligera	2.3 1	1.127	1	5	0.645	-0.381



7. Busco actividades para pensar en otra cosa	3.3 5	1.168	1	5	-0.141	-0.871
8. Busco información con personas que saben	3.5 5	1.287	1	5	-0.262	-1.296
9. Consulto sobre el problema con profesionales	3.2 0	1.230	1	5	0.143	-1.125
10. Controlo en todo momento mis emociones	2.4 4	0.976	1	5	-0.006	-0.976
11. Hablo con mi familia para compartir emociones	2.2 0	1.147	1	5	0.710	-0.325
12. Hago como si el peligro no existiera	1.7 5	1.028	1	5	1.453	1.597
13. Hago frente directamente a la situación	3.0 8	1.024	1	5	0.069	-0.704
14. Hago modificaciones en mi entorno para evitar un desastre	3.1 2	1.052	1	5	-0.031	-0.624
15. He establecido mi propio plan de intervención y lo pongo en marcha	2.5 2	1.190	1	5	0.273	-0.837
16. Me es difícil describir lo que siento frente a esta situación	3.1 1	1.122	1	5	-0.038	-0.635
17. Me fijo objetivos y redobló esfuerzos	2.7 2	1.067	1	5	0.318	-0.007
18. Me paseo para distraerme	2.1 1	1.192	1	5	0.969	0.187
19. Participo más en actividades de prevención civil	1.7 1	1.050	1	5	1.628	1.949



20. Reflexiono sobre las estrategias a utilizar	2.5 6	1.154	1	5	0.121	-1.079
21. Sigo lo que hacen los demás	2.5 7	1.129	1	5	0.218	-0.808
22. Tengo un plan preventivo y lo sigo	2.4 7	1.223	1	5	0.444	-0.755
23. Trato de cambiar mis hábitos de vida en función del problema	3.1 2	1.127	1	5	0.107	-0.855
24. Trato de no pensar en el problema	2.6 1	1.272	1	5	0.285	-0.892
25. Trato de no precipitarme y de reflexionar los pasos a seguir	2.7 7	1.073	1	5	-0.003	-0.709
26. Trato de no sentir nada	2.4 8	1.223	1	5	0.321	-0.940
Total de afrontamiento positivo	38. 657 5	9.16548	19	57	0.183	-0.671
Total de afrontamiento negativo	31. 720 0	5.15846	20	46	0.340	0.091

Nota: M = medias; DT = desviación típica; $Mín$ =mínimo, $Máx$ = máximo, As =asimetría, K =curtosis (elaboración propia).

Según los resultados hallados en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el miedo a que lo peor suceda ($M=1.9$; $DT=1.0$), la incapacidad para relajarse ($M=1.8$; $DT=0.9$), el nerviosismo ($M=1.8$; $DT=1.0$), el miedo a perder el control ($M=1.4$; $DT=1.1$) y la sensación de calor ($M=1.4$; $DT=0.9$), emergieron como los indicadores de ansiedad más frecuentes en la muestra (Ver Tabla 2).



Tabla 2

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencia del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

<i>Reactivos</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>As</i>	<i>K</i>
Hormigueo o entumecimiento	.73	.893	0	3	1.126	.520
Sensación de calor	1.40	.944	0	3	.162	-.831
Temblor de piernas	.65	.835	0	3	1.007	.007
Incapacidad para relajarme	1.88	.993	0	3	-.416	-.916
Miedo a que suceda lo peor	1.99	1.063	0	3	-.507	-1.134
Mareo o aturdimiento	0.97	.0953	0	3	.514	-.855
Palpitaciones o taquicardia	.95	.979	0	3	.616	-.771
Sensaciones de inestabilidad e inseguridad	1.29	1.021	0	3	.201	-1.081
Temor extremo	1.14	1.125	0	3	.389	-1.298
Nerviosismo	1.86	1.041	0	3	-.348	-1.132
Sensación de ahogo	1.01	1.099	0	3	.637	-.987
Temblores de manos	.81	1.007	0	3	.947	-.346
Temblor generalizado o estremecimiento	.62	.856	0	3	1.095	.001
Miedo a perder el control	1.44	1.158	0	3	.005	-1.459
Dificultad para respirar	.69	.971	0	3	1.183	.196
Miedo a morirte	1.14	1.224	0	3	.551	-1.320
Sobresaltos	0.77	.896	0	3	.811	-.456
Molestias digestivas o abdominales	1.09	1.047	0	3	.584	-.842
Palidez	.46	.801	0	3	1.763	2.405
Rubor facial	.33	.677	0	3	2.306	5.399
Sudoración	.95	.938	0	3	.394	-1.166
Puntuación General	22.18	12.801	0	59	.473	-.319

Nota: *M*= media; *DT*= desviación típica; *Mín*= mínimo; *Máx*=máximo; *As*=asimetría; *K*=Curtosis; *F*=frecuencia; %=porcentaje (elaboración propia).



Asimismo, se constata que el grado leve o bajo aparece como el nivel de ansiedad de mayor prevalencia en las respuestas de los participantes (56.4%; n=44), seguido por el moderado (25.6%; n=20) y el severo (17.9%; n=14) en último puesto (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencia de los Nivel de Ansiedad que presenta la población

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>As</i>	<i>K</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
Niveles de ansiedad	1.62	0.777	1	3	.798	-.876	Baja	44	56.4
							Moderada	20	25.6
							Severa	14	17.9

Nota: *M*=media; *DT*=desviación típica; *Mín*=mínimo; *Máx*=máximo; *As*=asimetría; *K*=Curtosis; *F*=frecuencia, *%*=porcentaje (elaboración propia).

Por otra parte, en la Escala de desesperanza de Beck (ver Tabla 4) la subescala que arrojó mayor puntuación fue *sentimientos hacia el futuro* (*M*=0.7795; *DT*=0.28) y *expectativas sobre el futuro* (*M*=0.05; *DT*= 0.22), enmarcando un nivel moderado desesperanza (*M*=2.95; *DT*=0.39). Esto quiere decir que la desesperanza se encuentra definida por el sistema cognitivo de los participantes sobre la situación problemática, arrojando expectativas negativas sobre el futuro.

Tabla 4

Análisis descriptivo de la Escala de Desesperanza de Beck y sus subescalas

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>As</i>	<i>K</i>
Sentimientos sobre el futuro	0.7795	0.28024	.00	1.00	-1.092	0.208
Pérdida de la motivación	0.3606	0.24836	.00	1.00	0.735	-0.309
Expectativas sobre el futuro	0.5026	0.22734	.00	1.00	-0.032	-0.589
Puntuación total de la escala	0.5346	0.10139	.35	.85	0.797	0.856
Nivel de desesperanza	2.95	0.391	2.00	4.00	-0.484	3.681

Nota: *M*= media; *DT*= desviación típica; *Mín*= mínimo, *Máx*= máximo, *As*=asimetría, *K*=curtosis (elaboración propia).



Conclusiones

A través de esta investigación se ha pretendido estudiar los cambios en la dinámica familiar, social y personal, así como, los niveles de síntomas de ansiedad, desesperanza, y las estrategias de afrontamiento asociados al confinamiento de la pandemia de COVID-19 en usuarios de servicios de atención psicológica en línea.

En la población estudiada se encuentra que con relación a las características generales de su confinamiento el 77% de los encuestados realizaban un confinamiento total y solo salían de sus casas para abastecerse de productos de primera necesidad. Casi la mitad de ellos compartían sus espacios físicos con padres y hermanos, estas familias estaban conformadas de dos a cuatro miembros (68%).

En los dos primeros meses del confinamiento el 58% continuaban con sus rutinas cotidianas habiéndose modificado solo un poco. Percibían que la dinámica entre los diversos integrantes del hogar que compartían tenían un bajo nivel de caos, es decir, muy pocos conflictos en su interacción.

Tampoco reportan un incremento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco. Así mismo, la afectación en la conciliación del sueño fue baja y el incremento de su enojo e irritabilidad incremento poco. Tomando en cuenta que el 77% tenían una edad comprendida entre los 16 y 24 años y eran solteros lo que más les preocupaba eran asuntos relacionados con lo académico y lo económico.

Estos datos nos sugieren que la población participante, al momento de la estudio, sus dinámica familiar se mantenía estable, al igual que sus rutinas diarias, lo que puede ser un factor protector para afrontar el estrés asociado al confinamiento.

Donde sí hubo un aumento de consumo fue frente a las redes sociales con un 63%, actividad que es coincidente con otras investigaciones, el acceso a las redes sociales como medio principal de información y posible desencadenante de estrés (Qiu et al., 2020; Sandín, Valiente, García-Escalera, & Chorot, 2020). Cabe señalar que el servicio de atención psicológica se ofertó a través de una página de Facebook y más de la mitad de los participantes son estudiantes lo que nos sugiere que es un medio por el cual se mantienen informados y en contacto social. Esto tiene dos lecturas, por un lado, el uso de las tecnologías,



el internet y los celulares inteligentes pueden ser una vía rápida para acercarse a servicios de salud mental, sin embargo, por otro lado, no es un medio al cual pueda acceder cualquier grupo de la población, como es el caso de los adultos mayores o personas sin recursos tecnológicos. Lo que nos enfrenta a una brecha de desigualdad ante los servicios de atención psicológica.

En la población estudiada se encuentra una prevalencia baja de los síntomas de ansiedad (56%) y una frecuencia moderada de desesperanza (84%). Estos resultados concuerdan con lo encontrado en otros estudios en la fase inicial de la pandemia con población en general (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, & Idoiaga-Mondragon, 2020; Salari et. al., 2020).

Respecto a los estilos de afrontamiento se encuentra la reevaluación positiva de la situación, buscar alternativas y generar un plan de acción para disminuir el malestar causante de la situación problemática, esto nos habla de que los participantes ven como una alternativa viable para manejar su malestar asociado al confinamiento los servicios de atención psicológica. Esto nos sugiere que la atención en línea, la cual pueden acceder sin salir de sus hogares y prácticamente de manera inmediata, es de gran ayuda para contener el malestar asociado al confinamiento.

Cabe señalar, que el estudio se realizó en los primeros dos meses de confinamiento por lo que se sugiere seguir investigando para saber cómo la población va afrontando sus cambios de rutina, la sana distancia y toda las modificaciones que esto conlleva y su impacto en la salud mental.



Referencias

- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. doi: [10.1037/0022-006X.56.6.893](https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893)
- Beck, A. y Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395(10227), 912 - 920. Doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gaceta Medica de Mexico*, 156(4), 298–305.
<https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- González, D.E., Gómez, V., Picco, J., Wolff, D., & Wolff, S. (2020). Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de la ciudad de Mendoza. *Revista Argentina de Cardiología*, 88(3), 207-210. doi: [10.7775/rac.es.v88.i3.17925](https://doi.org/10.7775/rac.es.v88.i3.17925)
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288:112954. doi: [10.1016/j.psychres.2020.112954](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954)
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. doi: [10.17843/rpmesp.2020.372.5419](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419)
- Ibáñez-Vizoso, J. E., Alberdi-Páramo, Í., & Díaz-Marsá, M. (2020). Perspectivas Internacionales en Salud Mental ante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 111-113. doi: [10.1016/j.rpsm.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.002)



- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J., y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España, *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. doi: 10.5093/clysa2020a11
- López-Vázquez, E., & Marván, M.L. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Publica de México*, 46(3), 216-221. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300011
- Mahase, E. (2020). China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. *The BMJ (British Medical Journal)*, 368: m408. doi: 10.1136/bmj.m408
- Niaz Kamal & Othman N. (2020). Depression, Anxiety, and Stress in the time of COVID-19 Pandemic in Kurdistan Region, Iraq. *Kurdistán Journal of applied Research*, 5(3), 37–44. doi: 10.24017/covid.5
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Coronavirus*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4), e00054020. doi: 10.1590/0102-311x00054020
- Paules, C. I., Marston, H. D., & Fauci, A. S. (2020). Coronavirus Infections—More Than Just the Common Cold. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, 323(8), 707-708. doi:10.1001/jama.2020.0757
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
- Ramírez, J; Castro, D; Lerma, C; Yela, F. & Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), e930. doi: [10.5554/22562087.e930](https://doi.org/10.5554/22562087.e930)



- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health, 16*: 57. doi: [10.1186/s12992-020-00589-w](https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w)
- Sandín, B., Valiente, R.M., García-Escalera, J.M., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 25*(1), 1-22. doi: 10.5944/rppc.27569
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
Recuperado de
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020a). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet, 395*, 470-473. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020b). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729



Seguridad en el neonato crítico: factores asociados a eventos adversos desde la percepción de enfermería

*Diana Laura Luna Méndez*⁵³

*Ericka Magdalena Martínez Laynez*⁵⁴

*José Juan López Cocotle*⁵⁵

Resumen

Introducción: la seguridad del paciente es una prioridad del sistema de salud, ya que conlleva a la reducción en la incidencia de eventos adversos (EA). Existen factores que pueden condicionar la presencia de EA en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), su identificación y oportuna atención favorecen la recuperación de los pacientes.

Objetivo: identificar los factores asociados a eventos adversos y su relación con variables sociodemográficas y laborales en una UCIN de un Hospital de Alta Especialidad. **Material**

y Métodos: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional en una muestra de 35 enfermeras adscritas al servicio de UCIN, se utilizó la Clasificación de los factores contribuyentes propuesta y empleada en el estudio SYREC. **Resultados:** El factor de mayor contribución fue relacionado a las condiciones de trabajo ($M= 9.96$, $DE= 1.94$). Se encontró asociación significativa entre la edad y los factores individuales y del paciente ($p<.05$). Asimismo, la antigüedad laboral mostró asociación negativa significativa con los factores del paciente ($p<.01$). **Conclusiones:** desde la percepción del personal de enfermería, los factores que contribuyen a la aparición de Eventos Adversos (EA) son de tipo extrínsecos y del sistema.

⁵³ División Académica Multidisciplinaria de los Ríos. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. danylady@live.com.mx

⁵⁴ División Académica Multidisciplinaria de los Ríos. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. martinezlaynez@hotmail.com

⁵⁵ **Autor de correspondencia.** División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. juan.lopezc@ujat.mx



Palabras clave: Atención de enfermería; Recién nacido; Factores de riesgo; Seguridad del paciente; Evento adverso.

Introducción

Al transcurso de los años, la demanda de los servicios hospitalarios en el área neonatal ha aumentado, por lo cual, es importante que su estructura y funcionamiento sean óptimas para el cuidado de los recién nacidos, la cual se define como un área donde se brinda la atención médica especializada inmediata a todo recién nacido menor de 28 días de vida con cualquier patología que altere su funcionamiento anatómico y fisiológico y que ponga en peligro su vida, situándolo como un paciente crítico que requiere cuidados especiales mediante un equipo multidisciplinario (Packard, 2017).

El Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad de España (2015), menciona que los neonatos son vulnerables debido a su escaso tamaño, peso, inmadurez de todos sus órganos y sistemas y por su total dependencia del personal de enfermería, sin que puedan señalar o alertar en modo alguno a sus cuidadores que algo va mal. Durante su estancia hospitalaria pueden sufrir eventos adversos (EA), considerados como una eventualidad imprevista que causa algún tipo de daño y puede llevar a una complicación incluso a la muerte del paciente, y que es un efecto de falta de atención y vigilancia, ya sea por exceso de trabajo del personal que está al cuidado del paciente o por mal praxis de administración de medicamentos, complicaciones en procedimientos terapéuticos, entre otras (Fernández, 2015).

De acuerdo con Fernández (2015), los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas; según la condición de evitabilidad, según el nivel de severidad del daño; según la tipología de la problemática que los originó: aspectos administrativos, procedimientos clínicos, cuidados hospitalarios, medicación, otros tratamientos, proceso de comunicación, deficiencias diversas y recursos o gestión de la organización. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) enfatiza que existe poca evidencia científica publicada sobre la tasa mundial de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos neonatales



(UCIN), tiene gran variación entre 15 a 50 % y esto quizá por los diferentes criterios de estudio y metodologías empleadas.

Una revisión de historias clínicas en población neonatal realizada en 2006, en América del Norte, permitió valorar el grado de daño producido en pacientes internados, se reportaron cifras alarmantes de incidencia de EA entre el 20% y 46% (Barrionuevo y Esandi, 2010). Caso similar se observó en Francia, donde se detectó en cinco meses, 316 EA que afectaron al 31% de los pacientes ingresados, de los cuales el 13% fue considerado grave y el 0.9% contribuyó a la muerte de la persona, cifra superior a las reportadas por el propio personal de enfermería en donde se realiza una declaración voluntaria (Hernández. A, Hernández, Barrientos y Zárate, 2015).

En 5 países de América Latina (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú). Se reportaron al menos 1191 casos de eventos adversos relacionados con fallas en la atención. De acuerdo al número total de incidentes clínicos, el 65 % de los pacientes con algún EA prolongó su estadía en el hospital en un promedio de 16 días. El 28 % de EA lamentablemente los dejó con algún grado de discapacidad, el 20% del total fueron considerados graves y entre ellos el 6% fallecieron (OPS, 2018).

A nivel nacional, un estudio realizado en la hoy Ciudad de México, antes Distrito Federal, por Zárate, et al. (2015) en siete hospitales públicos y de alta especialidad, fueron hallados 137 EA, situando a la población pediátrica con el índice más alto ocurrido de ellos con un 60%, el incidente más elevado con 22.6% fue la extubación no programada, en el que se vio afectado 58% de los recién nacidos. En el estado de Tabasco, en catorce hospitales que participaron en un estudio pertenecientes a la secretaria de salud, fueron detectados 272 EA. La tasa con mayor índice fue en menores de un año de edad (33.1 por 100 egresos) (Garrido, 2014).

Es importante hacer énfasis que los EA se encuentran presentes en todos los turnos de enfermería, sin embargo, se ha observado un alto índice en la tarde y en la noche. Esto sucede por el número de horas de trabajo continuas, lo que puede provocar cansancio físico relevante afectando el cuidado de los neonatos, además de que el turno nocturno genera repercusiones sobre la vida y el bienestar biológico del personal de enfermería, generando un



gran vínculo para los eventos adversos (Achury et al., 2016). El profesional de enfermería es el encargado de realizar todas las intervenciones entorno al neonato desde su ingreso hasta su egreso, motivo por el cual es de suma importancia brindar un cuidado seguro al paciente, en México, la seguridad del paciente se encuentra regido por las acciones esenciales de seguridad del paciente publicado en el diario oficial de la federación en el año 2017 (Salazar, 2019).

James Reason, creador de la "Teoría o Modelo del Queso Suizo", postula que el error forma parte del ser humano y que, por esto, jamás conseguiremos extinguir la posibilidad de errar, pero es posible transformar el ambiente en que los humanos actúan, haciéndolo más seguro. Por tanto, los análisis de los errores se deben concentrar en todas las causas subyacentes que induzcan o hagan posible el error, o mejor, en sus causas-raíz y no simplemente en lo que ocurrió al final del proceso (Pinheiro y Junior, 2017).

El Modelo del queso suizo explica las diferentes barreras que existen para que se lleve a cabo un evento adverso, del Modelo consta de cuatro dominios (OPS, 2018):

Influencias de la organización: el entorno laborable debe contar con todas las condiciones adecuadas para realizar el trabajo seguro. La supervisión: debe estar presente un encargado en todos los turnos laborales, que realice su función adecuada en la distribución del personal que brindará cuidado. El tercer dominio representa las condiciones previas: nos acerca a las características del contexto antes de cometer el error. En los actos específicos: sucede la falla activa, una mala administración de medicamento por el mal cálculo de la dosis, o una caída desde su cunero, infinidades de eventos adversos se pueden presentar desde el momento que se permite la secuencia del peligro hasta su aparición.

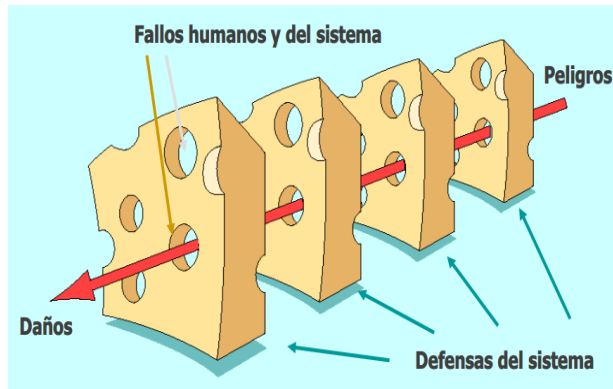


Figura 1. Modelo del Queso Suizo de James Reason.

Fuente: Reason, J. 2000.

Los resultados del presente estudio pretenden contribuir en la identificación de los factores a los cuales se enfrenta el personal de enfermería en su entorno laboral durante la atención del neonato en la UCINs y que pueden desencadenar en daño al paciente. Además, en la gestión de un entorno que mejore la atención y de tal forma disminuir la incidencia de EA. Para fines de este trabajo se planteó como objetivo: Identificar los factores asociados a eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos neonatales en un Hospital de Alta Especialidad de la ciudad de Villahermosa, Tabasco.

Material y métodos

Estudio cuantitativo con diseño descriptivo y correlacional. Se consideró el censo de personal de enfermería adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital de Alta Especialidad de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco. La selección de los participantes fue mediante muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, la muestra se conformó por un total de 35 enfermeras. Se incluyó a personal de enfermería con un mínimo de 6 meses de antigüedad en el servicio. Se excluyó a personal de otros servicios, estudiantes y prestadores de servicio social.

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario integrado por dos apartados; el primero, una ficha de datos sociodemográficos y laborales (sexo, grado



académico, categoría, antigüedad en el servicio, turno, número de paciente a su cargo), el segundo, la clasificación propuesta y empleada en el estudio SYREC (2007), una adaptación del modelo propuesto por la National Patient Safety Agency (NPSA) del Reino Unido, denominado “factores contribuyentes”. Está compuesto por 63 ítems clasificado en 9 dimensiones: 1. Factores individuales del profesional implicado en el EA, 2. Factores de equipo y sociales, 3. Factores de comunicación, 4. Factores ligados a tarea, 5. Factores ligados a formación y entrenamiento, 6. Factores ligados a equipamiento y recursos, 7. Condiciones de trabajo, 8. Factores de los pacientes, y 9. Otros.

El procedimiento para la recolección de datos se realizó de la siguiente manera: Se contó con la autorización por parte de la Dirección de calidad y enseñanza de la institución, el periodo de recolección fue en mayo de 2020, se designó un horario para asistir y se informó a los supervisores del servicio de la actividad a realizar, se explicó al personal de enfermería adscritos a la UCIN en que consiste la investigación, y cuál era su finalidad. Se verificó que el instrumento de evaluación estuviera correctamente llenado. Para analizar y procesar los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23 para sistema operativo Windows, el cual analizó las variables cualitativas a través de tablas de distribución de frecuencias. De igual manera se realizó el análisis de las variables cuantitativas a través de estadística descriptiva que considera medidas de tendencia central y medidas de dispersión. La prueba de Kolmogorov-Smirnov reportó que los datos no presentaron distribución normal por lo que se decidió el uso de estadística no paramétrica a través de las pruebas U de Mann Whitney, Kruskal Wallis y el coeficiente de correlación de Spearman.

Para el desarrollo de este estudio, se consideró lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de salud en Materia de investigación para la salud (2014), donde se mantuvo el respeto, la dignidad del sujeto de estudio, así como sus derechos y bienestar físico durante el proceso de investigación, todos los participantes contaron con el consentimiento informado donde acordaban aceptar o negarse a ser parte de la investigación. Se consideró como una investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables de estudio. Se hizo hincapié al personal de enfermería que el



aceptar o rechazar la participación no afectaría su situación laboral y que los resultados obtenidos no serían utilizados en su contra.

Resultados

En la tabla 1, se puede observar que el 100% del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos es del sexo femenino. El nivel de formación más frecuente es Licenciatura en Enfermería (65.7%) y solo el 22.9% cuenta con especialidad. En cuanto al turno laboral, se observa que la distribución es uniforme, cada turno cuenta con 7 enfermeras (20%). El promedio de edad fue de 38 años ($DE = 7.2$). Se encontró una media de 10.9 años de antigüedad laboral ($DE = 7.8$), Respecto al número de pacientes a cargo de cada enfermera, se reporta un promedio de 2.3 ($DE = .6$), el número mínimo de paciente es de 1 y el máximo es de 3.

Tabla 1

Datos sociodemográficos y laborales

Variable	Frecuencia	Porcentaje		
Sexo				
Femenino	35	100		
Grado académico				
Técnico	4	11.4		
Licenciatura	23	65.7		
Especialista	8	22.9		
Turno				
Matutino	7	20		
Vespertino	7	20		
Nocturno A	7	20		
Nocturno B	7	20		
Cubretorno	7	20		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	38	7.2	26	57



Antigüedad	10.9	7.8	1	32
Paciente a su cargo	2.3	.6	1	3

Nota. Elaboración propia. *M* = media. *DE* = desviación estándar. *n* = 35

De acuerdo con la percepción del personal de enfermería, tabla 2, los factores asociados a eventos adversos son los ligados a las condiciones de trabajo ($M = 9.96$, $DE = 1.94$), seguido de los factores ligados a la tarea ($M = 5.70$, $DE = .95$), en tercer lugar, se encontraron los factores de ligados a equipamiento ($M = 5.58$, $DE = 1.56$). Los factores de comunicación son lo menos asociados a EA ($M = 2.67$, $DE = .64$).

Tabla 2

Factores asociados a eventos adversos

Factores asociados	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Factores individuales	4.41	4	1.62	.22	.029
Factores de equipo y sociales	3.90	4	.31	.52	.001
Factores de comunicación	2.67	3	.64	.27	.001
Factores ligados a tarea	5.70	6	.95	.26	.001
Factores ligados a formación	3.11	3	.99	.24	.001
Factores ligados a equipamiento	5.58	6	1.56	.15	.050
Factores ligados a condiciones de trabajo	9.96	9	1.94	.21	.009
Factores del paciente	4.12	4	.97	.19	.015

Nota. Elaboración propia. *M* = media. *Mdn*= mediana. *DE* = desviación Estándar. *K-S*= prueba de Kolmogórov-Smirnov, *p*= nivel de significancia. *n* = 35

La tabla 3, muestra los factores que las enfermeras refieren se asocian a la presencia de eventos adversos y que se consideran como el noveno factor asociado. La falta de equipo electromédico en adecuado funcionamiento fue el de mayor asociación (27.2%), seguido por la falta de material de consumo (18.1%). Factores como el estrés laboral, habilidades limitadas, mala praxis, falta de monitores de oxígeno y la mala calidad del material se asociación en menor frecuencia (9%, respectivamente).

**Tabla 3***Otros factores asociados a eventos adversos*

Factores asociados	Frecuencia	Porcentaje
Falta de equipo electromédico en adecuado funcionamiento	3	27.2
Falta de experiencia del personal	1	9
Estrés laboral	1	9
Habilidades limitadas	1	9
Mala praxis	1	9
Falta de material de consumo	2	18.1
Monitores de oxígeno	1	9
Mala calidad del material utilizado	1	9

Nota. Elaboración propia. n = 11

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los factores asociados a EA, el grado académico y el turno laboral ($p > .05$). El coeficiente de correlación de Spearman mostró asociación significativa moderada entre los factores individuales con la edad de las enfermeras ($p = .028$). La edad también mostró una asociación negativa débil con los factores del paciente ($p = .015$). La antigüedad laboral se asoció negativamente con los factores del paciente con una intensidad moderada ($p = .001$), tabla 4.

Tabla 4*Correlación de Spearman entre los factores asociados y variables sociodemográficas y laborales*

Factores asociados	Edad	Antigüedad	Número de pacientes
Factores individuales	.531*	.450	.109
Factores de equipo y sociales	-.295	-.117	-.385
Factores de comunicación	.036	.013	.116
Factores ligados a tarea	.176	.022	.216
Factores ligados a formación	-.051	-.086	.131



Factores ligados a equipamiento	-0.280	-0.069	.112
Factores ligados a condiciones de trabajo	-0.047	-0.143	-.209
Factores del paciente	-.480*	-.622**	.107

** La correlación es significativa en el nivel .01

*La correlación es significativa en el nivel .05

Discusión

Según los resultados de esta investigación, el personal de enfermería que labora en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es el sexo femenino. El número de pacientes a cargo por enfermera fue en promedio de 2.3, contrario a lo reportado por Achury, et al. (2016), donde el ratio enfermera paciente fue 1:1. Una distribución inadecuada puede provocar estrés laboral en el personal sanitario que conlleve a la presencia de eventos adversos.

La comunicación es pieza fundamental para la atención de enfermería una mala interpretación cambia todo el contexto, en el presente estudio se identificó que una situación asociada es la comprensión de los informes de órdenes escritas (80%), hallazgo que coincide con un estudio donde el 87.8% del personal considera que fomentar entre los profesionales de la salud una comunicación efectiva para la prevención de eventos adversos es pieza clave. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

Respecto a este estudio, se encontró que en los factores de equipo y sociales existe mala relación entre el personal de enfermería de diferentes turnos con un 77.1 %, esto puede provocar como menciona Hernández e Hinojos (2019), relaciones interpersonales inadecuadas y provocando un ambiente laboral desfavorable, otro hallazgo fue que no existe un liderazgo efectivo en los turnos de enfermería (57.1 %).

Los factores individuales del profesional implicado tuvieron un porcentaje elevado en aspectos psicológicos, el estrés tuvo una incidencia del 74.3 %, superior a lo encontrado por Zárate et al. (2015), esto se puede deber a la presión de tiempo para realizar las intervenciones por el número de paciente, tareas ajenas o largas jornadas laborales.



La seguridad del paciente neonatal en su internamiento necesita de prácticas seguras, debido a que existen factores latentes en el sistema de atención, como la no adhesión a protocolos (51.4%), esto propicia la aparición de eventos adversos que pongan en peligro la integridad de los neonatos, contrario a los hallazgos reportados por Barrientos, et al. (2019) donde la no adhesión a los protocolos se reportó solo en un 15 %. Los hallazgos encontrados son de suma importancia para la gestión de la seguridad del paciente neonatal en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, misma que al ser comparada con las evidencias científicas permiten detectar áreas de oportunidad para mejorar la atención.

Conclusión

Este estudio permitió identificar los factores asociados a EA desde la perspectiva del personal de enfermería en una UCIN de un Hospital de Tabasco, México, los factores que más se asocian son los ligados a las condiciones de trabajo, a la tarea y al equipamiento, por lo cual, se deduce que son extrínsecos y del sistema, es decir, que están relacionadas con el entorno y no con la gravedad del paciente o directamente con su salud. De manera que, si se detecta oportunamente es factible lograr la disminución de eventos adversos.

El profesional de enfermería por ser el que abarca un número amplio en el sector salud, es necesario que se vea involucrado en capacitación profesional, mejorar sus habilidades de atención, llevar un ambiente laboral sin conflictos y comunicación eficaz para el bienestar de la población a la que se le proporciona el cuidado, sobre todo en áreas críticas como lo es la UCIN. Estos resultados permiten contribuir a la práctica asistencial de enfermería del neonato en estado crítico.

Esta investigación en nuestro país posee muy bajo índice estudiado en cuanto a pacientes neonatales intervenidos por enfermería, por lo que es de suma importancia aumentar la evidencia científica que permita mejores estrategias para elevar la seguridad del paciente.



Referencias

- Achury Saldaña, D., Rodríguez, S. M., Díaz, J. C., Cavallo, E., Zarate Grajales, R., Vargas T olosa, R., & de las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería global*, 15(2), 324–340. <https://doi.org/223344>
- Barrientos Sánchez, J., Hernández Zavala, M., & Zárata Grajales, R. A. (2019). Factores relacionados con la seguridad y la calidad en la atención del paciente pediátrico hospitalizado. *Enfermería Universitaria*, 16(1), 52–62. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.592>
- Barrionuevo, L. S., & Esandi, M. E. (2010). Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(4), 303–310. https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=63955&id_seccion=2737&id_ejemplar=6425&id_revista=165
- Cámara de diputados del H., & Unión, C. de la. (2014, abril 2). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. *Diario oficial de la Federación*, 1–31. <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Reglamentos.aspx>
- Fernández Cantón, S. B. (2015). Los eventos adversos y la seguridad del paciente. *Comisión nacional de arbitraje médico*, 3, 3–10. <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/editorial.pdf>
- Garrido Pérez, S. M. G. (2011). Eventos adversos en hospitales de la secretaría de salud tabasco, México. 2004-2005. *Horizonte Sanitario*, 10(3), 29–39. <https://doi.org/10.19136/hs.v10i3.116>
- Hernández-Cantoral, A., Hernández-Zavala, M., Barrientos-Sánchez, J., & Zárata-Grajales, R. A. (2015). Análisis de los factores relacionados a la presencia de eventos adversos, en Unidades Pediátricas de Cuidados Intensivos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 23(3), 110–117. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2015/en153c.pdf>



- Hernández González, W. A., & Hinojos Seañez, E. R. (2019). Relaciones Interpersonales entre Enfermeros para su Bienestar. *REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA*, 9(4), 40–47. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/316/relaciones-interpersonales-entre-enfermeros-para-su-bienestar/>
- Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. (2015). Estado de la Seguridad del Paciente Neonatal. En Autor (Ed.), Ministerio de Sanidad servicios sociales e igualdad (1a ed., pp. 1–180). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2009). Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. En Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/epidemiologicos/2008/>
- Packard, L. (2017). Unidad neonatal de cuidados intensivos (UNCI). Children’s Hospital Stanford. <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=unidaddecuidadosintensivosneonatalesucin-90-P05498>
- Pimente Salazar, I. A. (2019). Marco jurídico mexicano sobre seguridad del paciente. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, 4(22), 6–11.
- Salud., O. P. de la. (2018). Abordaje y la prevención de errores que ocurren en el cuidado de los recién nacidos. *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*, 1–91. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49097>
- Zárate-Grajales, R., Olvera-Arreola, S., Hernández-Cantoral, A., Hernández Corral, S., Sánchez-Angeles, S., Valdez Labastida, R., Pérez-López, M. T., & Zapién-Vázquez, M. A. (2015). «Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico». *Enfermería Universitaria*, 12(2), 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.007>



Factores y situaciones de estrés en prestadores de servicio social de enfermería

José Enrique Benito Jiménez⁵⁶

José Juan López Cocotle⁵⁷

Resumen

Introducción: el estrés es un tema de interés y preocupación, ya que incide tanto en la salud física y mental, así como en el rendimiento laboral y académico. El recurso humano en formación, específicamente los prestadores de servicio social de enfermería no están exentos de esta situación, mismos que pueden ver afectado su desarrollo profesional. **Objetivo:** identificar los factores y situaciones de estrés en prestadores de servicio social de enfermería. **Material y métodos:** estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 70 prestadores del servicio social de enfermería de la promoción agosto 2018-julio 2019 de una Universidad del estado de Tabasco. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia y se aplicó el cuestionario KEZKAK. El procesamiento de los datos se realizó con apoyo del programa SPSS versión 22, se empleó la prueba U de Mann Whitney y Kruskal Wallis. **Resultados:** el 17.1% de los participantes pertenece al sexo masculino y el 82.9% al femenino, el rango de edad más frecuente fue el de 22 a 23 años (61.4%). Se encontró que el factor Impotencia e incertidumbre ($M = 11.7 \pm 7.0$) y la situación sobrecarga de trabajo ($M = 1.5 \pm 0.9$) son los factores que generan mayor estrés en los prestadores de servicio social. El nivel de atención mostró diferencias significativas con el factor Contacto con el sufrimiento ($H = 6.83, p = .03$). **Conclusiones:** los prestadores de servicio social de enfermería presentan estrés durante el desarrollo de sus actividades en las instituciones sanitarias, esta situación es prioritaria de atender ya que puede

⁵⁶ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. cristo_benito01@hotmail.com

⁵⁷ **Autor de correspondencia.** Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. juan.lopezc@ujat.mx



ocasionar que éstos no logren el desarrollo y adquisición de habilidades propias de la disciplina para su formación profesional.

Palabras clave: Estrés fisiológico; Estrés psicológico; Enfermería; Pasantía.

Introducción

El estrés ha sido un tema de interés y preocupación para diversos científicos de la conducta humana, debido a que sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona, provocando preocupación y angustia, de manera que pueden conducir a trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales (Naranjo, 2014).

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona y por consecuencia el rendimiento físico y académico. El estrés va generándose con el paso del tiempo, debido a las distintas tensiones que experimentan los individuos y a las que se ven enfrentados diariamente, a nuevos escenarios y ambientes, los cuales hacen que los seres humanos tengan que esforzarse cada vez más para adaptarse a ellos (Cortaza y Domingo, 2014).

Todas las personas necesitan aprender a prevenir y controlar el estrés, quien no lo hace, puede poner en peligro su salud y su tranquilidad, mientras que quien conoce y pone en práctica acciones adecuadas para prevenirlo y afrontarlo puede disfrutar de un estilo de vida más sano y más satisfactorio (Calderón y Mescua, 2015). Esta situación ha sido abordada de diversas perspectivas, puesto que es un problema de salud que cada día va en aumento y en la actualidad afecta a la mayoría de las personas (Palestina y Godínez, 2016).

Existen situaciones de carácter estresante que requieren una inmediata respuesta de afrontamiento o adaptación. Los datos estadísticos indican que 85 % de los individuos padece algún trastorno grave de estrés, dato que indica una gran relevancia del estrés en la sociedad actual (Manzanera, López, y Marzena, 2016). El estrés está presente en todas las profesiones, pero su presencia se enfatiza en el área de la salud, los expertos manifiestan que se debe a la



responsabilidad de estar a cargo de una vida, fungir con el rol de cuidador resulta de muchas ocasiones complicado (Palestina y Godínez, 2016).

En la profesión de enfermería existen diversas fuentes de estrés a las que están expuestos los profesionales de manera constante, mismas que pueden tener repercusiones en la salud física y mental (Barrios, Arechabala, y Valenzuela, 2015). El entorno sanitario proporciona múltiples estímulos generadores de estrés, debido al contacto con las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, la muerte de los pacientes o el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no se está completamente preparado (Pulido, Augusto, y López, 2015).

En el ámbito profesional de la disciplina, no solo se encuentra personal de enfermería capacitado, sino también recurso humano en su última etapa de formación académica a los que se denomina prestadores de servicio social, quienes, al estar inmersos en el ámbito propio de la disciplina, son susceptibles a sufrir estrés generado por las actividades que realizan. El inadecuado afrontamiento de dichas situaciones puede dificultar el aprendizaje, la toma de decisiones y el desarrollo de habilidades técnico-profesionales (Barrios et al., 2015).

Los estudiantes de enfermería al realizar sus prácticas clínicas experimentan una respuesta que se traduce en una reacción emocional que puede convertir estas situaciones vividas como adversas, es un estímulo estresante que podría afectarles a nivel cognitivo, emocional y fisiológico e importantes consecuencias negativas para la salud; algunos ejemplos son los olvidos (incipientes problemas de memoria), alteraciones en el ánimo, nerviosismo y falta de concentración (Giménez, 2015).

En la literatura existe poca información sobre las situaciones generadores de estrés que experimentan los prestadores de servicio social de enfermería. Por ello, este estudio pretende contribuir en la identificación de éstas para fortalecer el proceso formativo. El prestador de servicio social puede ver afectado su desarrollo profesional, presentar miedo al contacto con los pacientes, ya sea por falta de preparación académica o escasa habilidad técnica, problemas físicos y emocionales, temor a cometer errores y desenvolverse en un ambiente laboral poco saludable (Sánchez, Guzmán, y Baeza, 2018). Para este estudio se plantearon los siguientes objetivos:



General

- Identificar los factores de estrés en los prestadores de servicio social de Licenciatura en Enfermería de una Universidad del estado de Tabasco.

Específicos

- Describir las situaciones estresantes en los prestadores de Servicio Social.
- Conocer las diferencias entre los factores estresantes, el sexo y el nivel de atención de los prestadores de servicio social.

Material y métodos

Tipo y diseño

Estudio con enfoque cuantitativo, ya que midió las variables determinadas, utilizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, de tipo descriptivo ya que analizó la situación actual del problema, transversal ya que la recolección de datos fue en un tiempo determinado y correlacional, ya que asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, 2014).

Población, muestra y muestreo

Se consideró el censo de prestadores de servicio social (77) de la promoción agosto 2018-julio 2019 de Licenciatura en Enfermería de una universidad del estado de Tabasco. La muestra quedó conformada por 70 prestadores de servicio social, mismos que fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Inclusión: prestadores de servicio social de la promoción agosto 2018 y que deseó participar. Exclusión: prestadores de servicio social en modalidad intramuros.

Instrumento

Para la recolección de los datos se utilizó una ficha de datos sociodemográficos, con los siguientes rubros: sexo, edad y nivel de atención. El instrumento elegido fue el



cuestionario KEZKAK (Zupiria, Uranga, Alberdi, y Barandiaran, 2015) que tiene como objetivo medir los estresores que tienen los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.

Se trata de un cuestionario de 41 ítems, que plantea situaciones potencialmente estresantes que pueden darse con frecuencia en las prácticas clínicas, cuenta con una escala tipo Likert de 4 valores categóricos: nada (0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). Está dividido en 9 factores: falta de competencia, contacto con el sufrimiento, relación con tutores y compañeros, impotencia e incertidumbre, no controlar la relación con el enfermo, implicación emocional, dañarse en la relación con el enfermo, el enfermo busca una relación íntima y sobrecarga. Cuenta con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .95.

Procedimiento

Se solicitó autorización a las autoridades de la institución elegida para el desarrollo del proyecto. Una vez obtenida, se convocó a los prestadores del servicio social para que acudieran a la institución educativa, una vez reunidos se les informó el objetivo del proyecto, todos aquellos que aceptaron participar hicieron válida su inclusión mediante la firma del consentimiento informado, posteriormente se proporcionó las instrucciones necesarias para el correcto llenado del instrumento de evaluación. Se hizo énfasis en la confidencialidad y protección de la información proporcionada. Con los datos recolectados se elaboró una base de datos y fueron capturados para su posterior análisis.

Estrategias de análisis

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Versión 22 para Windows. Para la descripción de los datos sociodemográficos de los participantes se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes.

Para responder el objetivo general y objetivo específico número uno, se utilizaron medidas de tendencia central y variabilidad. Para dar respuesta al objetivo específico 2 y 3, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors que determinó la distribución de los datos, mismos que no presentaron una distribución



normal, por lo que se decidió hacer uso de estadística no paramétrica a través de las pruebas de U de Man Whitney y Kruskal Wallis.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó conforme a lo establecido en el Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (2014), que establece los lineamientos, así como principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud y de esta manera poder atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad, la protección de sus derechos y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Esta ley regula la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella, en la que el ser humano sea sujeto de estudio de tal forma se deberá evitar riesgos a la salud, contar con el consentimiento informado o en su caso un representante legal, se realizará con responsabilidad y protegerá la privacidad del sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

La Norma Oficial Mexicana 012-ssa3-2012, que establece el cuidado de la persona sujeto a investigación, determina mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo, así como de la sociedad en general, garantiza el cuidado de los aspectos éticos, el bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y el respeto a su dignidad. Se realizó la solicitud del permiso de la investigación, se le brindó información para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos.

Resultados

Datos sociodemográficos

En la tabla 1, se observan los datos sociodemográficos, del total de los participantes (70), el 82.9% pertenece al sexo femenino y el 17.1% al masculino. Se encontró que el rango de edad más frecuente fue de 22 a 23 años (61.4%) seguido de 24 a 25 años (30%). Respecto



al nivel de atención donde se encuentran adscrito el prestador de servicio social el 40% pertenece al tercer nivel, seguido del 38.6% al segundo nivel y el 21.4% al primer nivel.

Tabla 1

Datos Sociodemográficos

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Femenino	58	82.9
Masculino	12	17.1
Edad		
22 – 23	43	61.4
24 – 25	21	30.0
26 – 27	2	2.9
28 y mas	4	5.7
Nivel de atención		
Primer Nivel	15	21.4
Segundo Nivel	27	38.6
Tercer Nivel	28	40.0

Nota: Elaboración propia. *f* = Frecuencia. % = Porcentaje. n = 70.

Factores de estrés

Respecto a los factores de estrés, la tabla 2, muestra que de los 9 factores que componen el KEZKAK, el F4 impotencia e incertidumbre es el que genera mayor estrés en los prestadores ($M = 11.7 \pm 7.0$), seguido del F2 contacto con el sufrimiento ($M = 11.1 \pm 7.2$) y F1 falta de competencia ($M = 9.8 \pm 7.6$). Los factores menos estresantes para el prestador de servicio social fueron, F8 el enfermo busca una relación íntima ($M = 2.6 \pm 1.8$), seguido de F6 Implicación emocional ($M = 3.7 \pm 2.8$) y F7 dañarse en la relación con el enfermo ($M = 5.2 \pm 5.7$).

**Tabla 2***Factores estresantes*

Factores de estrés	M	DE	Min	Max
F1 Falta de competencia (0 - 33)	9.8	7.6	0	26
F2 Contacto con el sufrimiento (0 - 30)	11.1	7.2	0	27
F3 Relación con tutores y compañeros (0 - 18)	5.2	3.7	0	14
F4 Impotencia e incertidumbre (0 - 33)	11.7	7.0	0	31
F5 No controlar la relación con el enfermo (0 - 24)	8.3	5.5	0	22
F6 Implicación emocional (0 - 12)	3.7	2.8	0	11
F7 Dañarse en la relación con el enfermo (0 - 15)	5.2	5.7	0	13
F8 El enfermo busca una relación íntima (0 - 6)	2.6	1.8	0	6
F9 Sobrecarga (0 - 15)	6.1	3.5	0	14

Nota: Elaboración propia. *M* = Media. *DE* = Desviación Estándar. *Min* = Mínimo. *Max* = Máximo. n = 70.

Situaciones estresantes

Respecto a las situaciones estresantes, la tabla 3, muestra que de las 41 situaciones que componen el KEZKAK, las 3 situaciones de mayor estrés son; la sobrecarga de trabajo ($M = 1.5 \pm 0.9$), confundirme de medicación ($M = 1.5 \pm 0.9$) y que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo ($M = 1.4 \pm 1$). De las situaciones de menor estrés se encuentran, el no sentirme integrado/a en el equipo de trabajo ($M = 0.5 \pm 0.9$) seguidamente de hacer daño psicológico al paciente ($M = 0.5 \pm 0.8$) y hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente ($M = 0.7 \pm 0.9$).

**Tabla 3***Situaciones estresantes que presentan los prestadores de servicio social*

<i>Situaciones de estrés</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo	0.5	0.9
Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente	0.7	0.9
Sentir que no puedo ayudar al paciente	0.8	0.9
Hacer daño psicológico al paciente	0.5	0.8
No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes	0.8	0.9
Hacer daño físico al paciente	0.7	1.0
No saber cómo responder al paciente	0.7	0.9
Que me afecten las emociones del paciente	0.8	0.9
Tener que dar malas noticias	1.0	0.9
Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento	0.9	1.0
Que el paciente me trate mal	0.7	0.9
La relación con los profesionales de la salud	0.8	1.0
Contagiarme a través del paciente	1.0	0.9
Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar	1.1	0.8
Pincharme con una aguja infectada	1.3	1.0
Confundirme de medicación	1.5	0.9
«Meter la pata»	1.1	1.0
Ver morir a un paciente	1.0	1.0
La relación con el profesor responsable de prácticas de la escuela	0.9	0.9
Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer	1.0	0.8
Implicarme demasiado con el paciente	0.8	0.9
Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante	1.0	1.0
No poder llegar a todos los pacientes	0.9	0.8
Que el paciente no me respete	0.9	0.9
La relación con profesor asociado clínico	0.9	0.9
Recibir la denuncia de un paciente	1.1	1.0



Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo	1.1	0.9
La relación con los compañeros de Enfermería	0.9	0.9
Encontrarme ante una situación de urgencia	1.1	0.8
Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse	1.0	0.7
Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	0.9	0.8
Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente	1.1	0.8
No saber cómo «cortar» al paciente	1.1	0.9
Tener que trabajar con pacientes agresivos	1.2	0.9
La sobrecarga de trabajo	1.5	0.9
Recibir órdenes contradictorias	1.3	0.9
Que un enfermo del otro sexo se me insinúe	1.2	1.0
No encontrar al médico cuando la situación lo requiere	1.4	0.8
Tener que estar con un paciente terminal	1.3	1.4
Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo	1.4	1.0
Diferencias entre lo que aprendemos en clase y en prácticas	1.3	1.0

Nota: Elaboración propia. *M* = Media. *DE* = Desviación Estándar. *n* = 70.

Factores de estrés y variables sociodemográficas

La prueba U de Mann Whitney mostró que los factores estresantes no presentaron diferencias significativas con el sexo de los participantes ($p > .05$), se observa que tanto mujeres como hombres presentan estrés ante los nueve factores que compone el KEZKAK. Respecto a los factores y el nivel de atención donde los prestadores realizan su servicio social, la prueba de Kruskal Wallis mostró que el factor contacto con el sufrimiento presenta diferencias con el nivel de atención, la media más se encontró en el tercer nivel (tabla 4).

Tabla 4

Factores estresantes y nivel de atención

Factores de estrés	1er Nivel		2do Nivel		3er Nivel		Kruskall Wallis	p
	M	DE	M	DE	M	DE		
Falta de competencia	7.80	7.68	10.19	6.94	10.71	8.37	1.62	.44



Contacto con el sufrimiento	6.93	5.66	11.33	6.59	13.14	7.93	6.83	.03
Relación tutores/compañeros	4.67	3.68	4.37	3.83	6.43	3.55	5.08	.07
Impotencia e incertidumbre	8.13	5.50	11.93	6.52	13.50	7.78	4.31	.11
No controlar la relación con el enfermo	6.47	4.50	8.48	5.35	9.21	6.17	1.81	.40
Implicación emocional	2.47	2.36	3.67	2.73	4.61	2.95	5.53	.06
Dañarse en la relación con el enfermo	3.40	3.52	5.70	3.78	5.71	3.78	4.49	.10
El enfermo busca una relación íntima	2.13	1.92	2.70	2.03	2.86	1.69	1.60	.48
Sobrecarga	4.67	3.09	6.22	3.37	6.89	3.72	3.66	.16

Nota: Elaboración propia. *M* = Media. *DE* = Desviación Estándar. $p < .05$. $n = 70$

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de estrés en los prestadores de servicio social de Licenciatura en Enfermería de una institución educativa de nivel superior del estado de Tabasco, mostrando que de los 9 factores que componen el KEZKAK, el factor 4 Impotencia e incertidumbre es el que genera mayor estrés en los prestadores del servicio social, el resultado coincide con el obtenido en el estudio realizado por Manzanera, et al. (2016) donde se identificó que de los 9 factores introducidos como estresantes, 8 presentan un nivel alto de estrés con puntuación igual o superior a 2.5 (considerado alto estrés más de 2 puntos), siendo el más alto, el factor Impotencia e incertidumbre (4.5 puntos).

De acuerdo a los hallazgos de este estudio, de las 41 situaciones estresantes que componen el KEZKAK, la sobrecarga de trabajo, confundirme de medicación y que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo, fueron las 3 situaciones de mayor estrés en los prestadores de servicio social, datos similares son reportados por Yera y Gómez (2014) quienes describen que el 82 % de los estudiantes tienen miedo de hacer mal el trabajo o



procedimiento y perjudicar al paciente, 70% tiene miedo a confundirse en la aplicación de medicamentos, así como “meter la pata” y hacer daño físico al paciente.

De Dios, Varela, Braschi y Sánchez (2017), encontraron que las mujeres (75%) sufren más estrés que los hombres (25%), estos datos difieren a los de este estudio donde no se encontró una asociación significativa entre los 9 factores estresantes con el sexo de los participantes, lo que demuestra que el estrés en el campo clínica lo sufren tanto hombres como mujeres.

El factor 2, contacto con el sufrimiento, presentó una asociación significativa con el nivel de atención donde los prestadores desarrollan el servicio social, específicamente con el tercer nivel. Estos hallazgos no pudieron ser comparados con los de otros estudios ya que en la literatura no se encontraron investigación donde relacionen dichas variables, pero esto puede deberse a las características propias del nivel de atención.

Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los prestadores de servicio social presentan estrés durante el desarrollo de sus actividades dentro de las instituciones sanitarias a las cuales están adscritos, esto es de suma importancia ya que el estrés puede ocasionar que no logren el desarrollo y adquisición de habilidades propias de la disciplina.

A pesar de que, durante su formación, los prestadores de servicio social cuentan con experiencias previas tanto en el primero, segundo y tercer nivel de atención, se logró determinar que los factores que generan estrés son la impotencia e incertidumbre ante su quehacer diario, además del contacto con el sufrimiento del paciente y la falta de competencia para hacer frente a las demandas de salud de los pacientes. Además, fue posible identificar que tanto hombres como mujeres presentan estrés durante sus actividades independientemente del nivel de atención de su unidad de adscripción.

Lo anterior, permite concluir que es necesario reforzar durante la formación profesional aspectos relacionados con el control de las emociones y enfatizar sobre los procedimientos y técnicas propias de la disciplina para que los estudiantes al momento de iniciar su servicio social puedan desarrollarse de manera óptima durante este periodo que



Políticas Sociales Sectoriales:

CAMBIOS Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES ANTE LOS ESCENARIOS GLOBALES



forma parte sustancial de su formación. Los hallazgos de este estudio permitieron también detectar áreas de oportunidad para los estudiantes que actualmente cursan sus estudios profesionales, en el sentido de reforzar de manera integral su preparación para que al enfrentarse al periodo de servicio social puedan afrontar de manera positiva el estrés que se genera en el mismo.



Referencias

- Barrios, A. S., Arechabala M, M, C., & Valenzuela P, V. (2015). Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm Nefrol*, 5(1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100007
- Calderón T, D., & Mescua F, K. (2015). Situaciones estresantes en los estudiantes del tercer año de enfermería y su rendimiento académico en las prácticas clínicas. *Salud Mental*, 3 (1). Recuperado de <https://studylib.es/doc/5128261/situaciones-estresantes-en-los-estudiantes-del-tercer-a%C3%B1o>
- Cortaza, L. & Domingo, M. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz, México. *Aladefe*, 1(4). Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/103/estres-laboral-en-enfermeros-de-un-hospital-de-veracruz-mexico/>
- De Dios, D, M, J., Varela M, I., Braschi D, L., & Sánchez M, E. (2017). Estrés en estudiantes de enfermería. *Educación Médica Superior*, 31(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000300013
- Giménez T, L. (2015). Estrés en estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas en unidad de hospitalización a domicilio. *Trabajo presentado en la XIII Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria, Alicante, España*. Resumen recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49868/2/XIII_Jornadas_Redes_206_poster.pdf
- Hernández S, R. (2014). Metodología de la Investigación. México D.F. MCGRAW-hill / interamericana editores, S.A. de C.V.
- Ley General de Salud 2014 para los mexicanos en materia de investigación para la salud. 89 SEGOB. (México, 2014)
- Manzanera S, J, T., López M, M, J., & Marzena M. (2016). Estrés de los alumnos de enfermería en las prácticas clínicas. *Innovación Y Transferencia De Conocimiento*, 23(2) Recuperado de https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2



- Naranjo P, L. (2014). Una Revisión Teórica Sobre El Estrés Y Algunos Aspectos Relevantes De Éste En El Ámbito Educativo. *Revista Educación*, 33(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/40/4012058011.pdf>
- Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012. Criterios Para La Ejecución De Proyectos De Investigación Para La Salud En Seres Humanos. 39 SEGOB. (México, 2012).
- Palestina. B, C., & Godínez, R, M, A. (2016). Factores que provocan estrés en estudiantes de enfermería. *El Arte del Cuidado*, 3(5). Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/299>
- Pulido M, M., Augusto, L, J, M., & López, Z, E. (2015). El rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. *Index Enferm*, 25(3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000200
- Sánchez C, J., Guzmán P, C., & Baeza F, G. (2018). Nivel de correspondencia entre la formación profesional y desempeño en el servicio social de los alumnos de la licenciatura en enfermería de una universidad pública en Tabasco. *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Conamed*, 23(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con181d.pdf>
- Yera M, C., & Gómez B, M, I. (2014). Factores desencadenantes de estrés en los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas en la escuela universitaria de enfermería a Coruña. *Dialnet*, 17(9). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857131>
- Zupiria X., Uranga I, M, J., Alberdi E, M, J., & Barandiaran L, M. (2015). Kezkak: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit*, 17(1). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv17n1/orig5.pdf>



Estilos de vida alimentaria de los estudiantes universitarios de la FTSyDH

Hortencia Margarita Sánchez Guerrero⁵⁸

Lydia del Carmen Ávila Zarate⁵⁹

María Eugenia Lobo Hinojosa⁶⁰

María Francisca García Ramos⁶¹

RESUMEN

Los estilos de vida saludables “son patrones de conducta que se ven influenciados por múltiples factores de índole personal, social y/o ambiental” (Moreno, 2012). Entre los grupos etarios claves para condicionar estilos saludables de vida se encuentran los jóvenes que desarrollan una vida académica. Es decir, las conductas alimentarias influyen directamente en el estado nutricional de los estudiantes y tienden a moldear una identidad personal en esta etapa de la vida de los jóvenes, apareciendo el riesgo de una inadecuada alimentación.

Por lo que la salud es un aspecto esencial que las personas deben cuidar y mantener en buen estado para su buen funcionamiento. La salud, puede definirse como “el estado de bienestar físico, psíquico y social que implica una mejora continua de las condiciones personales y sociales en las que se desenvuelve el individuo, con la finalidad de conseguir un nivel de calidad de vida superior” (Cecilia, Atucha y García, 2017, p.295).

La Investigación es cuantitativa, descriptiva y de corte transversal contó con una población de 312 estudiantes de Licenciatura. El instrumento estuvo compuesto por 9 apartados y 37 ítems, pero para este trabajo solo se retomó uno y esta fue coordinada por 5 docentes investigadores del Cuerpo Académico de Teoría del Trabajo Social, Métodos de Intervención y Educación.

⁵⁸ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo Electrónico: homasagu@hotmail.com

⁵⁹ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo Electrónico: lydia_avila@hotmail.com

⁶⁰ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo Electrónico: marulobo@hotmail.com

⁶¹ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de Tiempo Completo. Correo Electrónico: franciscagarcia63@hotmail.com



Palabras claves: Hábitos alimentarios, estado nutricional, estudiantes universitarios.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, al hablar de estilos de vida, alimentación y salud, se asume esta última como un proceso complejo, multifactorial y dinámico, que incluye aspectos materiales (hábitos alimenticios), sociales (redes familiares, escolares y sociales), e ideológicos (valores y creencias). En este escenario, la promoción de la salud y la buena alimentación debe estar mediada por tres mecanismos: auto cuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; ayuda mutua o acciones que las personas realizan para colaborar entre sí; entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud y la mejora de la calidad de vida.

Por ello, es fundamental cuidar, promover y mantener la salud para evitar que las personas se enfermen, ya que lamentablemente como señala Véliz (2017), en las últimas décadas las sociedades han experimentado grandes cambios en materia de salud, debido a que han enfrentado una epidemia silenciosa y devastadora de enfermedades crónicas no transmisibles parte de cuales son producto de no llevar un estilo de vida saludable, ya que éste es el principal determinante de nuestra salud.

Los estilos de vida “consisten en la gama de decisiones que el individuo toma y que le afecta, sobre las que tiene mayor o menor control; si éstas son malas decisiones desde el punto de vista de salud, el individuo crearía un riesgo autoimpuesto, que le puede predisponer a enfermar o incluso llevar a la muerte, reconociéndose la multivariabilidad en la toma de decisiones” (Bastías y Stiepovich, 2014, p.96), es decir, que el estilo de vida integra el conjunto de hábitos, actitudes, conductas, actividades y decisiones que modulan nuestro quehacer diario y que estos pueden ser susceptibles a ser modificados (Gómez, Landeros, Romero y Troyo, 2016). El estilo de vida comprende actitudes y valores que están estrechamente relacionadas en distintas áreas de la vida del individuo tales como la actividad física, la alimentación, una dieta equilibrada, el mantenimiento del peso corporal, y la



abstención del consumo de alcohol y tabaco, entre otros (Sanabria et al., 2007, citado en Gómez et al., 2016). Como se mencionó anteriormente, estos estilos pueden ser susceptibles a ser modificados especialmente por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico que el ser humano afronta a lo largo de su vida (Jiménez y Ojeda, 2017).

La vida universitaria como mencionan Cecilia et al. (2017), supone un cambio radical en el desarrollo del ser humano, debido a que significa tomar decisiones sobre su formación profesional, el cual es un determinante a futuro respecto a sus condiciones socioeconómicas. La mayoría de los estudiantes universitarios están en una etapa de su vida de mayor importancia principalmente para su salud, pues es cuando mayormente se empiezan a desarrollar y consolidar sus propios estilos de vida sean saludables o perjudiciales, pues es cuando crece la toma de decisiones y la independencia (Cecilia et al., 2017).

Es por ello, que se considera a este como un grupo vulnerable, debido a que durante la etapa universitaria se pueden percibir cambios en cuanto a los estilos de vida saludables los cuales son factores relacionados con largas jornadas de clases, escasez de tiempo y dinero, las tradiciones, creencias y los valores, los medios de comunicación y publicidad, el ideal de delgadez, los alimentos disponibles, estados de ánimo y estrés, entre otros (Sánchez-Ojeda y De Luna-Bertos, 2015). Es decir, que durante esta etapa universitaria los jóvenes se encuentran en un punto crítico, puesto que el desarrollo de sus estilos de vida impactara sobre todo en su desempeño y en su salud a futuro (Cervera et al., 2013, citado en Gómez et al., 2016).

Según la OMS, gran parte de los jóvenes están sanos, es decir, que no es una población en riesgo de enfermarse; sin embargo, “mediante estadísticas y antecedentes, entregadas por la misma Organización Mundial, es posible constatar que cada año, mueren un gran número de jóvenes de 15 a 24 años por causas prevenibles” (Véliz, 2017, p. 25). Diversos estudios han constatado que los estudiantes que ingresan a la universidad tienden a adoptar malos hábitos alimenticios y sedentarismo, lo que día a día se ve agravado por un estilo de vida diferenciado por el estrés y las cargas de horario que traen consigo el consumo de comidas rápidas y poco nutritivas, así como irregularidades en las horas de comida y la falta de tiempo para realizar



ejercicio físico, lo que puede provocar el desarrollo de enfermedades como el sobrepeso, obesidad, entre otras (Véliz, 2017).

Si bien es cierto, que estos aspectos como la carga de horas de clase, entre otras, pueden conducir a que los jóvenes adquieran hábitos pocos saludables para su salud; lo cual realmente es algo preocupante sobre todo porque como mencionan Bastías y Stieповich (2014), “existen personas que poseen los conocimientos necesarios para llevar a cabo adecuadas conductas pero que, aparentemente no perciben el riesgo, siendo quienes menos conductas saludables realizan”.

Los hábitos de alimentación hacen referencia a los aspectos de selección e ingestión de los alimentos, es decir, el tipo y la cantidad que se debe consumir, así como los horarios y lugares en los que se consumen los alimentos (Véliz, 2017). Una buena alimentación o dieta equilibrada está compuesta por alimentos que potencien un buen funcionamiento del organismo y que por ende evite enfermedades que están relacionadas con la alimentación, tales como la obesidad y las alteraciones metabólicas y sus derivaciones (Pampillo, Arteché y Méndez, 2019).

Los buenos hábitos alimenticios están acompañados de alimentos como las frutas y verduras dado que brindan un aporte de nutrientes, así como las legumbres, pescados, la ingesta de carne blanca y roja, aunque esta última debe ser una ingesta adecuada y no excesiva, huevo, entre otros alimentos que son parte del plato del buen comer; los cuales deben estar dentro de las tres comidas que se deben consumir al día. EL IMSS (2019), establece que se deben consumir tres comidas completas en horarios establecidos durante el día, los cuales son desayuno, comida y cena; e incluir dos refrigerios o snacks (uno a media mañana y otro a media tarde) tomando en cuenta la cantidad de raciones que debemos consumir. Empero, el ritmo de vida que llevan los jóvenes universitarios trae consigo que no coman al menos las tres comidas al día que establecen, ante esto, varios especialistas mencionan que lo que comen debe ser más importante que el número de veces que comemos al día, dado que lo más importante debería ser la ingesta de alimentos saludables y en porciones equilibradas de macro y micronutrientes, pues señalan que “la clave está en el equilibrio y el orden, en llevar



unos hábitos alimenticios saludables y que se adapten a nuestro estilo de vida y en respetar esos tiempos y comer sin prisa, ni ansiedad” (Diario del siglo XXI, 2018).

MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, elaborado para conocer los estilos de vida alimentaria de los estudiantes de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Objetivo

El objetivo general del estudio fue conocer los estilos de vida alimentaria de los estudiantes universitarios de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Viabilidad de la investigación

Para determinar la viabilidad o factibilidad del estudio se tomó en cuenta la disponibilidad de tiempo, los recursos humanos, financieros y materiales que determinaron, en última instancia, los alcances de la investigación. De acuerdo con lo anterior, la investigación se consideró viable porque: Recursos humanos: Se contó con 5 investigadores sociales de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano entrenados para la aplicación. El Cuestionario fue aplicado por Docentes de los diferentes semestres de la carrera de Licenciado en Trabajo Social y Desarrollo Humano, a los cuales se capacitó para su aplicación. Recursos materiales y técnicos: Se tuvo acceso al lugar, los recursos tecnológicos y el contexto requeridos. Los recursos bibliográficos fueron accesibles a través de las bases de datos de las bibliotecas de la UANL y del Internet. Recursos financieros: Fueron proporcionados por el PRODEP y la FTSyDH.

Población de estudio

La población con la que se realizó el estudio cuantitativo estuvo configurada por una muestra



312 estudiantes de primero a noveno semestre de la Licenciatura en Trabajo Social y Desarrollo Humano.

Diseño de los Instrumentos de recolección de información

Instrumento cuantitativo: Se elaboró un cuestionario con las principales variables de estudio para el levantamiento de datos quedando estructurado por preguntas abiertas y cerradas. Dando inicio la aplicación para el mes de octubre del 2019 con el apoyo de docentes tutores de diferentes semestres a una muestra de estudiantes.

Procesamiento y análisis de la información

Se elaboró un Manual de Codificación a partir de las respuestas del encuestado que surgieron en el instrumento que permitió realizar la base de datos para capturar cada una de éstas. Para el procesamiento del cuestionario se recurrió al Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 20. Con los datos arrojados se procedió al análisis descriptivo de la información obtenida del cuestionario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

A continuación, se muestra el análisis e interpretación de los resultados.

Cuadro Número 1. Datos Generales de la población encuestada

Porcentaje				
	Masculino			Femenino
Sexo	4.8%			95.2%
	16 a 19	20 a 25	26 -29	No sabe o no contestó
Edad	41.0%	57.1%	1.6%	0.3%
	Soltero	casado	Unión libre	Divorciado
Estado Civil	96.8%	1.9%	1.0%	0.3%



ESTILO DE VIDA ALIMENTARIA

En qué medida consumes los siguientes alimentos

Cuadro No. 2 En qué medida consume frutas los estudiantes universitarios.

Consumo de Frutas	Frecuencia	Porcentaje
A diario	65	20.8%
4-6 veces a la semana	65	20.8%
2-3 veces a la semana	102	32.7%
1 vez a la semana	44	14.1%
Con menor frecuencia	27	8.7%
Nunca	2	0.6%
No contestó	7	2.2%
Total	312	100.0%

De acuerdo con la información proporcionada por los estudiantes se determinó que la mayor medida en la que los estudiantes consumen frutas es de 2-3 veces a la semana dado que se obtuvo un porcentaje de 32.7%, sin embargo, de los estudiantes encuestados se detectó que solo el 20.8% las consumen a diario, así mismo con el mismo porcentaje (20.8%), los estudiantes consumen de 4-6 veces a la semana las frutas mientras que sólo el 0.6% refirió que nunca las consumen. Por otra parte, como es bien sabido se recomienda que las frutas se consuman a diario, tal y como lo menciona la OMS, en el que la ingesta recomendada es de 400g de fruta diaria, las cuales también van incluida dentro de los hábitos alimentarios (Restrepo, Urango y Deossa, 2014).



Cuadro No. 3 En qué medida consume verduras y hortalizas.

Consumo de verduras y hortalizas	Frecuencia	Porcentaje
A diario	73	23.4%
4-6 veces a la semana	73	23.4%
2-3 veces a la semana	88	28.2%
1 vez a la semana	42	13.5%
Con menor frecuencia	27	8.7%
Nunca	7	2.2%
No contestó	2	0.6%
Total	312	100.0%

Las verduras y las hortalizas son alimentos con bajas calorías, son ricas en agua y fibras, poseen vitaminas y minerales, además su acción de antioxidante hace que estos sean indispensables en nuestra alimentación (Vilaplana, 2004). Empero, acorde con los resultados presentados en el cuadro se obtuvo que la medida en la que los estudiantes universitarios consumen verduras y hortalizas un 28.2% (porcentaje más alto del cuadro) de los estudiantes encuestados refirieron consumir las verduras y hortalizas de 2-3 veces a la semana, de manera diaria un 23.4% a diario y de 4 a 6 veces a la semana.

Cuadro No. 4 En qué medida consume cereales.

Consumo de cereales	Frecuencia	Porcentaje
A diario	67	21.5%
4-6 veces a la semana	73	23.4%
2-3 veces a la semana	88	28.2%
1 vez a la semana	41	13.1%
Con menor frecuencia	26	8.3%
Nunca	6	1.9%



No contestó	11	3.5%
Total	312	100.0%

Los cereales constituyen una fuente muy importante de energía, y por ello, deben constituir la base fundamental de una alimentación equilibrada, ya que aportan más de la mitad de la energía necesaria para llevar a cabo la actividad diaria” (Asociación Española de Fabricantes de Cereales (AEFC), 2010). Con relación a esto, se puede percibir que la mediada en la que los estudiantes consumen más los cereales es de 2-3 veces por semana dado que se obtuvo un porcentaje de 28.2%, mientras un 23.4% de 4-6 veces a la semana y el 21.5% lo consumen a diario.

Cuadro No. 5 En qué medida consume legumbres.

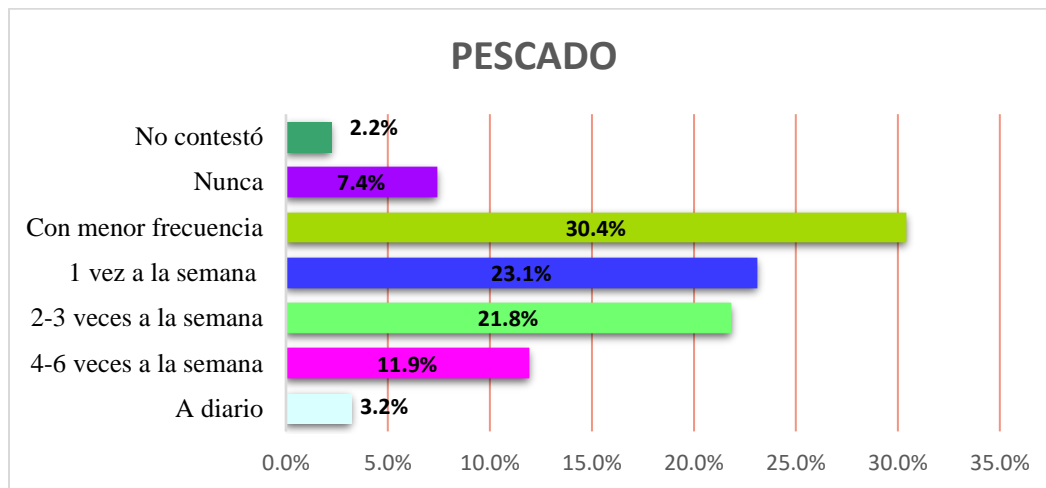
Consumo de legumbres	Frecuencia	Porcentaje
A diario	73	23.4%
4-6 veces a la semana	85	27.2%
2-3 veces a la semana	84	26.9%
1 vez a la semana	35	11.2%
Con menor frecuencia	27	8.7%
Nunca	4	1.3%
No contestó	4	1.3%
Total	312	100.0%

Las legumbres son consideradas como una buena fuente de proteínas, son de gran interés por su bajo contenido lipídico y por el tipo de fibra dietética que contienen, además contienen un índice glucémico bajo lo cual facilita el control de la ingesta alimentaria (Olmedilla, Farré, Asensio y Martín 2010). Sin embargo, es lamentable que su valor nutricional no sea reconocido como tal, dado que como mencionan Olmedilla et al. (2010), sigue habiendo una preferencia en cuanto al consumo de proteínas animales. No obstante, en el presente cuadro



se puede observar que, de los estudiantes encuestados, el 27.2% las consume de 4-6 veces a la semana y el 26.9% de 2-3, el 23.4% refirió consumir a diario las legumbres, lo cual nos permite apreciar que, si hay un alto consumo de legumbres por parte de los estudiantes encuestados, dado que más de la mitad las consumen de manera regular, ya que solo el 1.3% respondió no consumirlas nunca.

Gráfica No. 1 En qué medida consume pescado.



Sin embargo, de acuerdo con los estudiantes encuestados respecto a esta pregunta, en qué medida consumen el pescado se pudo determinar que el 30.4% señalaron consumirlo con menor frecuencia, mientras que tan sólo el 3.2% refirieron consumirlo a diario, y por su parte el 23.1% lo consumen al menos 1 vez a la semana; por lo tanto, esto quiere decir que el pescado no forma parte de una alimentación equilibrada de manera cotidiana en los estudiantes. Una alimentación saludable y equilibrada que brinde beneficios para la salud, debe estar conformada por alimentos con abundante fibra y baja ingesta de grasa, tal y como lo es el pescado, debido a que este aporta energía, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales, entre otros nutrientes importantes como los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, los cuales ayudan al funcionamiento del sistema cardiovascular, regulan la presión arterial, y previenen enfermedades como el Alzheimer (Avdalov, 2014).



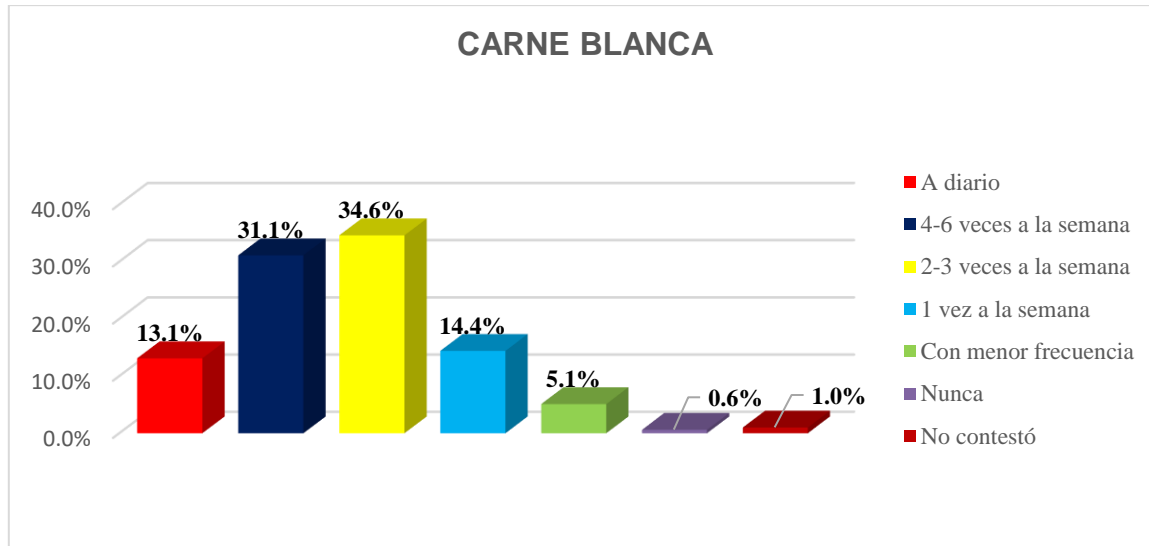
Cuadro No. 6 En qué medida consume carnes rojas.

Consumo de carne roja	Frecuencia	Porcentaje
A diario	28	9.0%
4-6 veces a la semana	80	25.6%
2-3 veces a la semana	115	36.9%
1 vez a la semana	57	18.3%
Con menor frecuencia	25	8.0%
Nunca	3	1.0%
No contestó	4	1.3%
Total	312	100.0%

Acorde con el cuadro se muestra que el porcentaje más alto que fue de 36.9% hace referencia a aquellos estudiantes que señalaron consumirla al menos de 2-3 veces a la semana, mientras que el 25.6% refirieron consumirla de 4-6 veces a la semana, lo cual esto último es relativamente bueno, dado que un alto número de estudiantes llevan un consumo moderado de las carnes rojas, 9.0% de los estudiantes respondieron que consumen a diario la carne roja. Si bien la carne roja es rica en ácidos grasos poliinsaturados y ácido linoleico conjugado y es una fuente con importantes micronutrientes como el hierro, la vitamina B12, el magnesio, el fósforo y el zinc, por ello expertos señalan realizar una ingesta adecuada de carne, es decir, evitar el consumo excesivo y descontrolado (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), 2018). Puesto que como señalan Petermann et al. (2018), el consumo excesivo de la carne roja está asociada con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, aumento del colesterol total, gota y algunos tipos de cáncer, así como con el riesgo de mortalidad.



Gráfica No. 2 En qué medida consume carne blanca.



Si bien, es importante mencionar que tanto la carne roja como la blanca nos brindan una gran cantidad de proteínas, así como vitaminas, minerales, ácidos grasos, entre otros nutrientes. Pero como ya se mencionó anteriormente el consumo excesivo de las carnes rojas se relaciona con varias enfermedades como el cáncer, por su alto contenido de grasa saturadas, en comparación con las carnes blancas (La República, 2015). Pero analizando la presente gráfica se pudo apreciar que al igual que la carne roja la mayoría de los estudiantes refirieron ingerir la carne blanca de 2-3 veces a la semana, sin embargo, el 36.9% consume más carne roja durante esos días, mientras que la carne blanca la consumen un menor porcentaje de (34.6%) de los estudiantes. Aunque el 31.1 % refirió que consume la carne blanca de 4-6 veces a la semana, y solo el 0.6% señalaron no consumirla nunca. Lo cual nos indica algo bueno, ya que un gran porcentaje de estudiantes las consumen de manera cotidiana, no obstante, es necesario que su consumo sea lo más saludable, dado que hay diversas formas, siempre y cuando sea con baja cantidad de grasas.



Cuadro No. 7 En qué medida consume queso.

Consumo de queso	Frecuencia	Porcentaje
A diario	24	7.7%
4-6 veces a la semana	64	20.5%
2-3 veces a la semana	100	32.1%
1 vez a la semana	72	23.1%
Con menor frecuencia	36	11.5%
Nunca	8	2.6%
No contestó	8	2.6%
Total	312	100.0%

De acuerdo con los resultados obtenidos por los estudiantes encuestados, se puede observar que más de la mitad de los estudiantes señalaron consumir queso, es decir, que el 7.7% refirió consumirlo diario, por su parte el 20.5% respondió que lo consume de 4-6 veces a la semana, mientras que el 32.1% de 2-3 veces, así que la frecuencia o la medida en la que lo consumen es buena, ya que más de la mitad lo consumen varias veces a la semana, aunque el 11.5% menciona consumirlo solo 1 vez a la semana.

Los lácteos son alimentos que contienen una gran variedad de nutrientes como calcio, vitamina D y magnesio, sin embargo, son alimentos que poseen una cantidad importante de grasa saturadas y que contienen nutrientes que benefician a la salud, por ejemplo, disminuyen la presencia de obesidad (Durán, Torres y Sanhueza, 2015). Uno de estos alimentos es el queso el cual contiene una gran cantidad de grasas saturadas, el cual como mencionan Durán, Torres y Sanhueza (2015), el consumo de queso tiene efectos positivos para la salud principalmente porque no afecta los lípidos sanguíneos debido a que posee componentes como el calcio, por lo tanto, el consumo de manera regular de este lácteo trae consigo efectos beneficiosos que perjudiciales, puesto que previene infartos cardiovasculares, aumenta el colesterol HDL, entre otros.



Cuadro No. 8 En qué medida consume leche y productos lácteos.

Consumo de leche y productos lácteos	Frecuencia	Porcentaje
A diario	60	19.2%
4-6 veces a la semana	70	22.4%
2-3 veces a la semana	81	26.0%
1 vez a la semana	45	14.4%
Con menor frecuencia	40	12.8%
Nunca	12	3.8%
No contestó	4	1.3%
Total	312	100.0%

La leche y los productos lácteos son consumidos por los estudiantes encuestados en mayor medida de 2-3 veces a la semana 26.0%, mientras tanto el 22.4% respondió consumirlo de 4-6 veces a la semana, y el 19.2% lo consume de manera diaria. Sin embargo, el 12.8% dicen consumirlo con menor frecuencia, empero, estos beneficios que aportan los nutrientes de la leche y los productos lácteos van más allá de su papel en el crecimiento y en el desarrollo del individuo.

Cuadro No. 9 En qué medida consume huevo.

Consumo de huevos	Frecuencia	Porcentaje
A diario	65	20.8%
4-6 veces a la semana	86	27.6%
2-3 veces a la semana	91	29.2%
1 vez a la semana	38	12.2%
Con menor frecuencia	17	5.4%
Nunca	10	3.2%



No contestó	5	1.6%
Total	312	100.0%

Se puede apreciar que el 29.2% de los estudiantes consumen huevo de 2-3 veces a la semana, el 27.6% de 4-6 veces a la semana, mientras que el 20.8% de los estudiantes refieren consumirlo a diario, y el 12.2% dicen comerlo solo 1 vez a la semana, lo cual relativamente es algo bueno y aconsejable, pues como refieren Dussailant (2017), el consumo de huevo en una dieta y estilo de vida saludable es recomendable consumirlo en cantidades de hasta una porción diaria en poblaciones “sanas”, mientras que en poblaciones diabéticas o con un elevado riesgo cardiovascular es importante que su ingesta no sea de manera regular.

Cuadro No. 10 En qué medida consume arroz integral y pastas.

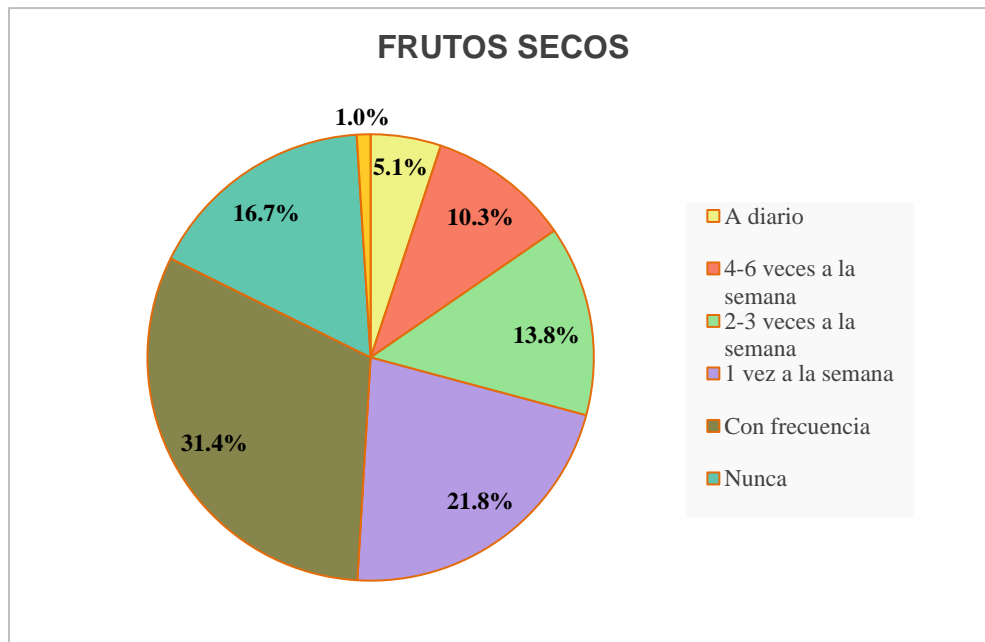
Consumo de arroz integral y pastas	Frecuencia	Porcentaje
A diario	58	18.6%
4-6 veces a la semana	83	26.6%
2-3 veces a la semana	103	33.0%
1 vez a la semana	31	9.9%
Con menor frecuencia	26	8.3%
Nunca	5	1.6%
No contestó	6	1.9%
Total	312	100.0%

El arroz y la pasta son dos alimentos que por lo regular se consumen de manera cotidiana, pues como se muestra en el cuadro existe un alto porcentaje en cuanto a su consumo durante la semana, dado que el 33.0% las consumen de 2-3 veces a la semana, el 26.6% contestaron que las consumen de 4-6 veces, 18.6% refieren consumirlas a diario, mientras que, y solo el 9.9% dicen consumirla 1 vez a la semana. Por lo que es importante su consumo, dado que el arroz es una fuente de energía por su mayor componente de carbohidratos, tiene un bajo



contenido de grasa, sin embargo, es recomendable consumir el arroz integral por sus beneficios en nutrientes y antioxidantes naturales (Colina y Guerra, 2009).

Gráfica No. 3 En qué medida consume frutos secos.



Los frutos secos son un alimento saludable ricos en grasa, cuya grasa que contiene es de origen vegetal, así mismo son ricos en ácidos grasos mono insaturados y poliinsaturados, además contiene fibra dietética, algunos minerales como el magnesio, vitaminas, los cuales son considerados beneficiosos para la salud, ya que se ha demostrado que los frutos secos mejoran los procesos de inflamación, el estrés oxidativo, evitando de esta manera el riesgo de obesidad, resistencia a la insulina, diabetes (Salas-Salvado, 2015).

Sin embargo, la gráfica nos muestra que los frutos secos son consumidos por los estudiantes con menor frecuencia (31.4%), o únicamente los consumen una vez a la semana (21.8%), mientras que el 16.7% refirió que nunca los consumen. Empero, las personas que más los consumen es un porcentaje relativamente bajo, pues solo el 5.1% dice consumirlo a diario, o el 10.3% los consumen de 4-6 veces a la semana. El consumo de estos frutos secos



por lo regular suele hacerse como un snack, y su ingesta se ha asociado a un riesgo menor de hipertensión (Salas-Salvado, 2015).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se puede concluir de este estudio que se llevó a cabo sobre los Estilos de vida alimentaria con los estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Destacando del **perfil socio demográfico** que más de la mitad 57.1% tienen de 20 a 25 años y un 41.0% tienen de 16 a 19 años de edad siendo los porcentajes más altos. La edad se define como “el tiempo durante el cual un individuo ha vivido” (Merani, 1979, p.53). De los encuestados son del sexo femenino el 95.2% y el 4.8% hombres, su estado civil 96.8% son solteros y 1.9% son casados. Y que proceden de los municipios de Apodaca 21.8%, Monterrey 17.9% y 15.4% son de Guadalupe, y más de las tres cuartas viven con sus padres.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como salud “el estado de completo bienestar físico mental y social de una persona, y no solo la ausencia de síntomas o de una afección determinada” (Oblitas, 2004, p. 250). Y 41.3% mencionaron poseer un peso adecuado y casi la mitad un 46.5% indicó tener sobrepeso y ligero sobrepeso; Barnhill y Taylor (2000, p. 40) mencionan que el sobrepeso “se define como un peso, como mínimo 10% mayor que el correspondiente a la estatura y la constitución corporal, pero no es una señal indicativa de un problema de salud”.

Más de la tercera parte 35.3% indicó que era a la alimentación no adecuada 18.6% al consumo excesivo de alimentos, 21.8% al elevado consumo de grasas, el 19.6% al elevado consumo de pan, 18.9% al elevado consumo de dulces, 19.6% bajo consumo de frutas y verduras, 37.8% al desorden en las comidas, 27.9% por comer fuera de casa.

Como un hallazgo relevante sobre los **hábitos saludables de alimentación** los encuestados mencionaron según los porcentajes más altos los consumen de 2 a 3 veces a la semana 32.7%



consume frutas, carnes rojas 36.9%, carne blanca 34.6%, queso 32.1%, leche y productos lácteos 26.0%, huevo 29.2%, verduras y hortalizas 28.2%, cereales 28.2%. Los cereales “pertenecen a la familia de las graneas, y entre ellos destacan el maíz, el trigo, el arroz, la avena, el sorgo, el centeno y la cebada” (López, 2008, p. 47), 4 a 6 veces a la semana legumbres, con menor frecuencia 30.4% consumen pescado, carnes rojas 27.2%.

Según (Albito, 2015), los hábitos alimentarios forman parte de cada persona, pero no nacen con él ya que se forman a partir de experiencias del aprendizaje adquiridas a lo largo de la vida, yasean creencias o tradiciones familiares mediante el cual cada individuo selecciona los alimentos que han de configurar su dieta y los prepara para su ingestión. Por tanto, es un proceso voluntario y educable que constituye un factor determinante en su estado de salud. Como lo menciona (Hernández, 2005) una buena alimentación solo se puede lograr a través de la llamada dieta balanceada, la cual permite satisfacer nuestras necesidades reales de energía y nutrientes o nutrimentos. Por otra parte la palabra dieta significa "higiene de la vida", pero en su concepto más amplio es sinónimo de régimen, método o modelo alimenticio. Una dieta no es más que un conjunto de alimentos que, además de llenar los requisitos del paladar y la satisfacción, deben contribuir con los nutrimentos requeridos por el hombre para que este pueda cumplir sus funciones fisiológicas de crecimiento y desarrollo.

En cuanto a los **hábitos no saludables** al preguntar sobre la frecuencia de consumo de los alimentos el 66.6% casi tres cuartas partes toma bebidas refrescantes de alto contenido calórico, 84.1% aperitivos o snack (papas fritas, fritos, gusanitos) consume a diario hasta de 4 a 6 veces a la semana, consume con menor frecuencia hasta 1 vez a la semana consumo de pizzas 84.8%. Hamburguesas 94.0%, arroz integral y pastas 86.5%, frutos secos 77.3%, consumo de pan, dulces, pasteles y chocolates 84.6%, consumo de embutidos, chorizos, salchichas, hot dog 80.7%, alimentos precocidos 76.9%. Por lo que se concluye que los estudiantes no tienen hábitos saludables en su alimentación. Entendiendo como la mala alimentación, a largo plazo, presenta riesgos para la salud humana. La desnutrición



contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Por otro lado, el incremento del sobrepeso y la obesidad en todo el mundo alcanza cifras pandémicas y constituye uno de los principales desafíos para la salud pública en donde personas de todas las edades y condiciones se enfrentan a este tipo de mala nutrición, a consecuencia de la cual están aumentando vertiginosamente, incluso en los países en desarrollo, enfermedades relacionadas con el régimen alimentario. (OMS, 2014).

Y los motivos por los que no siguen un estilo de vida saludable 69.9% por falta de tiempo, 28.2% porque no le gustan ciertos tipos de alimentos pescados y hortalizas, por mayor disponibilidad de alimentos congelados y precongelados listos para comer 32.1%, por desconocimiento por precio, es más caro llevar una alimentación saludable 48.1%. tal como lo señala Sanabria, P., González, L. y Urrego (2007) “Los estilos de vida se definen como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de cierto grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y son susceptibles de ser modificados” p.208. En México, se cuenta con poca información sobre la relación que tiene el estilo de vida con la conducta alimentaria del estudiante universitario, primero porque es abordado casi siempre desde el plano biológico y segundo por las investigaciones insuficientes que se han realizado respecto al tema. Bajo este entendido resulta importante abordar estos temas desde un enfoque multifactorial, como se ha realizado en esta investigación, en donde la conducta alimentaria no se visualiza solamente como un fenómeno biológico, sino también se enfoca su explicación en una serie de condiciones sociales, familiares, económicas y educativas que influyen directamente en ella. Asimismo, resulta urgente conocer la influencia que tienen los estilos de vida con la conducta alimentaria por las problemáticas de salud, como los trastornos de la conducta alimentaria y los de la composición corporal, que se están presentando en una etapa crucial.



RECOMENDACIONES

A la edad de los estudiantes universitarios es necesario, además de informar sobre alimentación sana, atender la preocupación de los jóvenes por su peso, su estética, su estilo de vida, sus gustos y preferencias. Por ello, junto con los apartados que orientan de una forma interactiva sobre las bondades de una dieta sana, se debe de dedicar un espacio exclusivo al concepto de "peso saludable" con la intención de provocar la reflexión de los estudiantes para que discernan entre el deseo y la necesidad de perder peso.

Es importante incorporar en la Universidad actividades transversales, donde se impartan conferencias o talleres sobre salud, nutrición y no menos importante, educación física, para evitar que los jóvenes se expongan a graves enfermedades como el sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras que pueden repercutir en su calidad de vida y que le impidan seguir adelante en sus actividades profesionales. En este sentido, es básico impulsar a los estudiantes a practicar actividades físicas utilizando los gimnasios que existen en las diferentes facultades de la Universidad para prevenir futuras enfermedades.

Es pertinente diseñar programas donde el Trabajador Social y un equipo interdisciplinario ayude a impulsar a los niños, adolescentes y jóvenes estudiantes a mantener el consumo de una comida sana, dejando los alimentos "mal sanos" como lo indica la OMS, con la ayuda y participación eminente de la familia y la sociedad.

Plantear a las Instituciones de Educación que retomen los resultados de las investigaciones sobre hábitos alimenticios para estar en la vanguardia del estado nutricional integral de los estudiantes.

Se aconseja que la Facultad realice una investigación donde se retome a todos los estudiantes para identificar cuáles son los hábitos alimenticios que tienen, aspectos de salud con el propósito de conocer si existen practicas alimentarias inadecuadas con el fin de fomentar y promover que tengan una vida saludable.



PROPUESTAS:

Los resultados finales de la investigación a nivel de propósito y fin desembocaran en la realización de un proyecto bien fundamentado de intervención, con miras a lograr un mejoramiento significativo y perdurable o sustentable en el tiempo en varias de las condiciones o características de la población objetivo, los cuales se plantearon como esenciales en la definición del problema que dio origen al proyecto.

A través del proyecto de intervención se realizarán campañas, talleres, conferencias y grupos de sensibilización bajo la supervisión de PROUNI (Programa Universitario de Salud) y de los tutores individuales de los estudiantes, enfocados a desarrollar el autocuidado de la salud. De esta manera se fomentarán hábitos de vida saludables y de buena alimentación, que prevendrán la aparición de enfermedades, en pro de una cualificación de la calidad de vida y como aporte a la salud pública.

De esta manera, el impacto estará reflejado en la contribución que se hará en el cumplimiento de la misión de formación integral de los profesionales que tiene la FTSyDH y la UANL, en lo referente a constituir un escenario ideal para fomentar hábitos de vida saludables entre sus estudiantes, que beneficiará también su rendimiento académico.

Además, este estudio y sus resultados podrán generar nuevas propuestas de investigación, en busca de lograr una universidad saludable, por ejemplo: evaluar la calidad de los alimentos y del servicio de las cafeterías en el campus universitario, lo que abonaría en el objetivo propuesto. En este sentido la idea es que se modifiquen los menús de las cafeterías de las distintas facultades de la universidad con una dieta nutricional adecuada con bajos costos, mejorando la calidad de vida y de salud de los jóvenes estudiantes.



Referencias Bibliográficas

- Albito, T. M. (2015). *Hábitos alimenticios y su influencia en el estado nutricional de los adolescentes del bachillerato del colegio Diez de Noviembre, de la Parroquia Los Encuentros, en el año 2014* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Loja, Sede Zamora. Zamora, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9197/1/Teresa%20Margarita%20Albito%20Carrillo.pdf>
- Asociación Española de Fabricantes de Cereales [AEFC]. (2010). *Cereales de Desayuno, Nutrición y Gastronomía*. Madrid, España: Editorial Evergráficas. Recuperado de https://www.asociacioncereales.es/uploads/notas/Libro_Cereales.pdf
- Avdalov, N. (2014). *Beneficios del consumo de pescado*. Montevideo: DINARA-INFOPECA. Recuperado de <https://www.infopesca.org/sites/default/files/complemento/publibreacceso/1243//Benefiicios%20para%20diinara.pdf>
- Barnhill & Taylor. (2000). *Sí crees que tienes trastornos de la alimentación*. España: Robinbook.
- Bastías, E. M., & Stiepovich, J. (2014). Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Ciencia y Enfermería* (2), 93-101. Recuperado de
- Cecilia, M. J., Atucha, N., & García Estañ, J. (2018). Estilos de salud y hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia. *Elsevier. Educación Médica*, 19(3), 294-305. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301468>
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Mila, M., & García, M. J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446. Recuperado de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6303.pdf>



- Colina, J., & Guerra, M. (2009). Obtención y evaluación de arroz integral de cocción rápida. *Interciencia*, 34(10), 736-741. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/339/33913147010.pdf>
- Diario del siglo XXI. (2018). *¿Es necesario comer 5 veces al día?* Recuperado de <http://www.diariosigloxxi.com/texto-diario/mostrar/1157967/necesario-comer-5-veces-dia#:~:text=%E2%80%9CLa%20norma%20general%20es%20comer,grasa%E2%80%9D%2C%20dice%20el%20Dr.>
- Durán, S., Torres G, J., y Sanhuesa C., J. (2015). Consumo de queso y lácteos y enfermedades crónicas asociadas a obesidad, ¿amigo o enemigo? *Revista Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 61-68. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n1/10originalobesidad02.pdf>
- Dussailant, C., Echeverría, G., Rozowski, J., Velasco, N., Arteaga, A., & Rigotti, A. (2017). Consumo de huevo y enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura científica. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 710-718.
- Gómez, Z., Landeros, P., Romero, E., & Troyo, R. (2016). Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(2), 15-21. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>
- Gómez, Z., Landeros, P., Romero, E., & Troyo, R. (2016). Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(2), 15-21. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn162c.pdf>
- Hernández, M., Plasencia, D. y Jiménez, S. (2005). Temas de Nutrición. *Nutrición Básica*. La Habana, Cuba.: t.1. 12.



- IMSS. (2019). *Cartera de alimentación correcta y actividad física*. Recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/alimentacion-saludable-2019.pdf
- Jiménez, O., & Ojeda, R. N. (2017). Estudiantes universitarios y el estilo de vida. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8). Recuperado de <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/download/723/1009>
- La República. (2015). Beneficios de las carnes blancas. Recuperado de <https://larepublica.pe/educacion/878252-beneficios-de-las-carnes-blancas/>
- López, J. (2008). *Nutrición y salud para todos*. México: Editorial Trillas.
- Merani, A. (1979). *Diccionario de psicología*. México: Grijalbo.
- Montero, A, Úbeda, N y García, A., (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 21(4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000700004.
- Moreno, C. (2012). *Factores que influyen en la actividad física y en los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios* (Tesis de doctorado). Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes* 23, (2), 124-128
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional Thomson Editores.
- Olmedilla, B., Farré, R., Asensio, C., & Martín, M. (2010). Papel de las leguminosas en la alimentación actual. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 14(2), 72-76. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-humana-dietetica-283-articulo-papel-leguminosas-alimentacion-actual-X2173129210523381>



- OMS. Organización Mundial de la Salud. *Nutrición. Nota descriptiva*. 2014 Junio (Formato Electrónico). Recuperado de http://www.who.int/nutrition/about_us/es/
- Pampillo, T., Arteché, N., & Méndez, M. A. (2019). Hábitos alimentarios, obesidad y sobrepeso en adolescentes de un centro escolar mixto. *Revistas de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(1), 99-107. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2019/rcm191n.pdf>
- Petermann, F., Leiva, A., Martínez, M., Durán, E., Labraña, A. M., Garrido-Méndez, A., & Celis-Morales, C. (2018). Consumo de carnes rojas y su asociación con mortalidad. *Revista chilena de nutrición*, 45(3), 293-295. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000400293>
- Restrepo B, L. F., Urango M, L. A., & Deossa R, G. C. (2014). Conocimiento y factores asociados al consumo de frutas por estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(3), 236-242. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v41n3/art02.pdf>
- Salas-Salvadó, J. (2015). Quinta lección Jesús Culebras: los frutos secos: efectos sobre la salud, la obesidad y el síndrome metabólico. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 519-527. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n2/01articuloespecial01.pdf>
- Sanabria, P., González, L. y Urrego. (2007). Estilo de vida saludable en profesionales de la salud, colombianos. Estudio Exploratorio, Bogotá, Colombia. *Revista Médica*. 15 (2): 207-217,2007.
- Sanabria, P., González, L. y Urrego. (2007). Estilo de vida saludable en profesionales de la salud, colombianos. Estudio Exploratorio. *Revista Médica* 15(2), 207-217. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
- Sánchez, M., & De Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 1910-1019. Recuperado de <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8608.pdf>



Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (2018). *La relación entre el consumo de carne y la salud, una cuestión de equilibrio*. Recuperado de <https://www.semergen.es/resources/files/noticias/notas%20de%20prensa/La%20relacion%20entre%20el%20consumo%20de%20carne%20y%20la%20salud%20una%20cuestion%20de%20equilibrio.pdf>

Véliz, T. P. (2017). *Estilos de vida y salud: estudio del caso de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/117375/1/TPVE_TESIS.pdf

Vilaplana, M. (2004). Verduras y Hortalizas. *Revista Offarm*, 23(4), 120-132. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-verduras-hortalizas-13057699>



Detección temprana de factores de riesgo ante el suicidio

*Mendoza-Mireles, Gorety Leticia⁶²,
Monroy-Velasco, Iris Rubí⁶³,
Valdés-García, Karla Patricia⁶⁴*

Resumen

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) como problema grave de salud pública, que tiene la cualidad de ser prevenible. La O.M.S. (2008) refiere que en el mundo se producen un millón de muertes por suicidio al año (Martin, 2013). El objetivo es analizar diversas investigaciones publicadas e identificar factores de riesgo beneficiando la detección temprana de posibles riesgos de suicidio. Diversas investigaciones indican como elementos de riesgo: factores distales: adversidad en la vida temprana, cambios epigenéticos, genética, historia familiar, factores del desarrollo: rasgos de personalidad (impulsiva agresión, negativo), vulnerabilidad al estrés, déficit cognitivo y factores proximales: eventos de la vida, estado de ánimo deprimido y desregulado, desesperanza y atrapamiento, abuso agudo de sustancias, autolesiones, ideación suicida (Turecki, 2019). Un obstáculo continuo para la prevención del suicidio y que contribuye a la disminución de la calidad de vida en las personas que sobreviven a los intentos de suicidio es el tabú generalizado que rodea la ideación y el comportamiento suicidas. Además, el estigma o el estigma percibido asociado con el suicidio y los intentos de suicidio se asocia con una menor revelación de antecedentes personales o familiares de comportamiento suicida y se asocia con una disminución de la autoestima. La prevención es la clave para reducir el número de muertes por suicidio, la prevención incluye intervenciones universales, selectivas e indicadas, aunque estas intervenciones a menudo se realizan en combinación.

Palabras clave: Suicidio, factores, riesgo, prevenible.

⁶² Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Psicología goretymendoza@uadec.edu.mx

⁶³ Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Psicología iris.monroy@uadec.edu.mx

⁶⁴ Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Psicología karlavaldes@uadec.edu.mx



El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008: 103) define el suicidio como “la acción de matarse a sí mismo”. El suicidio es un problema de salud pública en México. La población de 20 a 24 años ocupa la tasa más alta de suicidio con 9.3 por cada 100 mil jóvenes entre estas edades. Según las estadísticas, el riesgo en los hombres de este grupo con una tasa de 15.1 por cada 100 mil. En 2017 el suicidio ocupó el lugar número 22 de las principales causas de muerte para la población total. En la población de 15 a 29 años, es la segunda causa de muerte (INEGI, 2019).

Aunque las tasas de suicidio en México han disminuido históricamente más bajo que el promedio mundial, hay algunos estados donde estos números han subido a niveles de alerta (por encima de 10 por 100.000 habitantes). El aumento de los suicidios contrasta con la falta de estrategias para abordar este problema de manera integral.

Durkheim (2004: 14), en su célebre obra *El Suicidio* definió a éste como: “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Hernández, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) a su vez, señala que, si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales sí son un factor muy importante asociado con el suicidio. Los estudios realizados por la OMS para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80 a 100 por ciento de trastornos mentales en casos de suicidio consumado. Cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año, entre población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. El 79 % de todos los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019). Con frecuencia el suicidio es prevenible. En general, los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. La mayor parte de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental. El tratamiento de estas enfermedades puede contribuir a reducir el

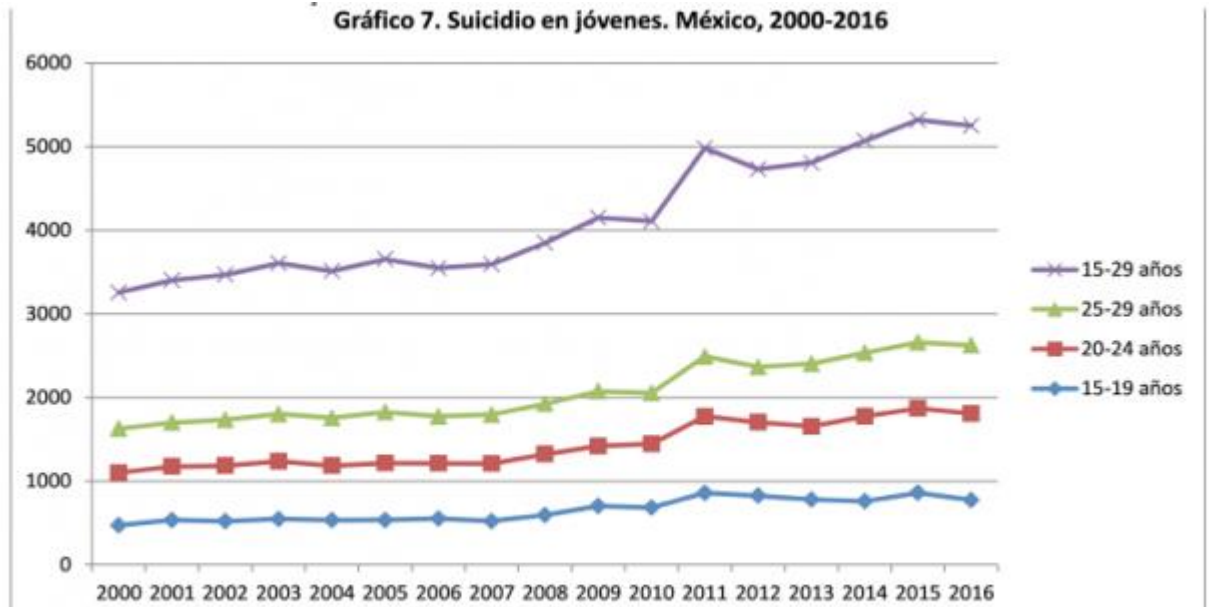


número de muertes por esta causa. El problema no sólo afecta a la víctima, sino también a toda su estructura social: familia, amigos y conocidos.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral. La depresión está íntimamente ligada al suicidio se calcula que el 15% de las personas con este padecimiento son proclives a inducirse la muerte, y se estima que esta enfermedad será la segunda causa de muerte en el 2010 (Programa Nacional de Salud 2007-2012).

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, «Prevención del suicidio: un imperativo global», publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

Claro está que en el tema de suicidio es necesario la intervención de toda la sociedad, esto para poder identificar a tiempo los factores precipitantes y evitar el acto suicida, ya que como se mencionó anteriormente, es un fenómeno que se ha incrementado y desgraciadamente presentado en edades más tempranas; el promover la salud mental es primordial, ya que en muchos de los casos las personas que cometieron el acto o intento suicida padecían ya algún trastorno que no fue identificado ni tratado a tiempo, siendo todos agentes de cambio, se podrá disminuir la estadística de suicidio.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, 2000-2016. [Consultada el 30 de diciembre del 2017]

ANTECEDENTES

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma de la humanidad y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica del contexto. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades a través de la historia humana. Sin embargo, a pesar de esta antigüedad, actualmente, el suicidio es un problema de salud pública en el ámbito mundial.

De acuerdo con los datos existentes de suicidios en México, en general estos muestran una tendencia al incremento en el largo plazo. Si en 1950 sus tasas eran de cerca de 1.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, para 2008 dichas tasas se habían multiplicado por tres y ya habían llegado a 4.8 suicidios por 100 mil habitantes. Tanto a nivel mundial como en México en particular, la mayoría de las personas que se suicidan son hombres (INEGI, 2020). Pareciera ser, de acuerdo con los datos estadísticos con que se cuenta, que las mujeres son menos propensas a tomar la determinación de privarse de la vida, pero, además, las diferencias por género se han ido acentuando con el paso de los años. Si en 1950 los suicidios



de hombres duplicaban a los de las mujeres, para el año 2008 la relación había aumentado a 4.6 hombres suicidas por cada mujer suicida (Hernández, 2012).

Según datos obtenidos por la fiscalía general del Estado de Coahuila de Zaragoza, en 2017, se realizó una investigación con 71 casos en el periodo de un año (2017) en donde se denotan factores socioculturales relacionados con el género y sus roles sociales, que tienen un comportamiento parecido en casi todas las latitudes del planeta y que influyen en la postura de los varones de acumular mayor carga física y psíquica sin pedir ayuda.

Se identificó un perfil sociodemográfico predominante: varones entre los 20-39 años, ocupados, que viven en colonias al sur, suroriente y poniente; El suicidio en Saltillo se puede asumir como una problemática social, ligada mayormente a las condiciones adversas de integración social de ciertos sectores con poco margen de movilidad y ascenso social; la distribución espacial de esta problemática tiende a concentrarse en áreas media y baja marginación, en su mayoría.

Conducta e ideación suicida

El comportamiento suicida podría considerarse un continuum que va desde aspectos cognitivos, como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como la tentativa suicida y el suicidio. La ideación suicida como etapa inicial y condición necesaria de dicho continuum resulta ser desencadenador de los otros componentes conductuales, por lo que se considera como un relevante predictor de los mismos (Valadez, Chávez, Vargas, & Ochoa, 2019). La ideación suicida es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, familiares, sociales, contextuales y biológicos; estos factores influyen entre sí, por lo que el identificar dichos factores y la relación que hay entre ellos y el comportamiento suicida se convierten en elementos esenciales en la prevención del suicidio.

La ideación suicida puede considerarse como un espectro de elementos cognoscitivos y afectivos incluyentes como son: el pensamiento, el deseo y las emociones o sentimientos



que determinan el acto suicida. Como proceso mental, se hayan implicados además de la influencia de tipo contextual las características cognoscitivas, afectivas y comportamentales propias o intrínsecas de la persona, y por medio de las cuales percibe, siente, interpreta y actúa ante su medio ambiente. En consecuencia, para la comprensión de la complejidad de la ideación suicida debe considerarse el conjunto de estructuras cognoscitivas afectivas y comportamentales particulares y componentes de dichas ideas, tales como: los sentimientos y emociones, el pensamiento, los deseos y las amenazas, que surgen a partir de la percepción e interpretación que el adolescente hace de su realidad, y que pueden aparecer en relación con situaciones interpersonales experimentadas como negativas o amenazantes.

Conocer las características principales de aquellas personas con conducta suicida, permite a profesionales de la salud estimar el riesgo vital y establecer planes de atención. Para caracterizar al paciente con conducta suicida hay que determinar qué factores de riesgo reporta la literatura para así identificarlos en la población diana: por ejemplo, se sabe que el mejor predictor para un intento suicida es un intento suicida previo. Asimismo, se ha encontrado relación con la edad, sexo, escolaridad, empleo y otros factores. Se debe añadir que diversos investigadores han informado que las personas que tienen algún tipo de patología médica de base (principalmente las crónicas) son más propensas a cometer o intentar cometer suicidio, al igual que la población con trastornos mentales, lo que hace fundamental investigar sobre dichos aspectos a la hora de caracterizar a los pacientes (Torales, Barrios & González 2020).

El comportamiento de la actividad suicida comprende la autodestrucción total (muerte), la autodestrucción (no muerte), la mutilación y otras acciones dolorosas y no dolorosas, las amenazas, indicaciones verbales de las intenciones de destruirse, depresión e infidelidad y pensamientos de separación, partida ausencia, consuelo y alivio. Clínicamente una vez que se han roto las defensas psicológicas, es mayor la posibilidad de que la persona se deje vencer por la tensión emocional cuando esta aparece. El comportamiento es más grave debido a sentimientos de culpa o porque es necesario poder comunicar algo con impacto equivalente.



Normalmente una persona suicida se descubre a sí misma comunicando su tendencia a través del comportamiento, o verbalmente antes de que se produzca un acto específico. El suicida típico presenta un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia e imposibilidad de hacer frente a los problemas, agotamiento físico o psicológico, ansiedad, tensión, depresión, rabia, culpa, caos y desorganización, estados de ánimo cambiantes, reducción del cognitivo, pérdida del interés por actividades normales, malestar físico, etc. En los sentimientos de culpabilidad existe una imagen negativa de sí mismo, actitudes y expectativas negativas frente al medio ambiente, al futuro y así mismo, desamparo y desesperanza.

Factores Protectores ante el suicidio

Respecto a las variables que fomentan la resiliencia, los resultados de la revisión realizada muestran que el autoconcepto positivo entendido como la valoración (positiva) que hace el adolescente de sus propias habilidades, capacidades y actitudes se contempla como un aspecto clave. Por otro lado, la autorregulación y la flexibilidad cognitiva entendidas como la capacidad de un adolescente para responder adecuadamente a las exigencias del entorno, regulando los pensamientos y emociones para la consecución de sus objetivos también parecen modular la resiliencia ante las tentativas suicidas (Teruel, 2014).

Sólidas relaciones personales.

El mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede actuar como protector. El círculo próximo de una persona puede tener gran influencia y puede ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero que amortigüe los factores externos estresantes. Las relaciones son especialmente protectoras para adolescentes y personas mayores. También se ha visto que este factor de apoyo disminuye el riesgo de suicidio asociado a traumas en la infancia.



Creencias religiosas o espirituales.

Este factor genera muchas cautelas porque la fe, aunque proporciona un sistema estructurado de creencias, algunas veces puede contribuir al estigma desalentando a la búsqueda de ayuda. El valor protector de la religión y la espiritualidad está en relación al acceso a una comunidad socialmente cohesiva que comparte un conjunto de valores, pero también hay que tener en cuenta que depende de los contextos culturales. Los estudios al respecto no son definitivos (Anseán, 2014).

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.

El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (incluida la capacidad de pedir ayuda) mitigan la repercusión de las adversidades.

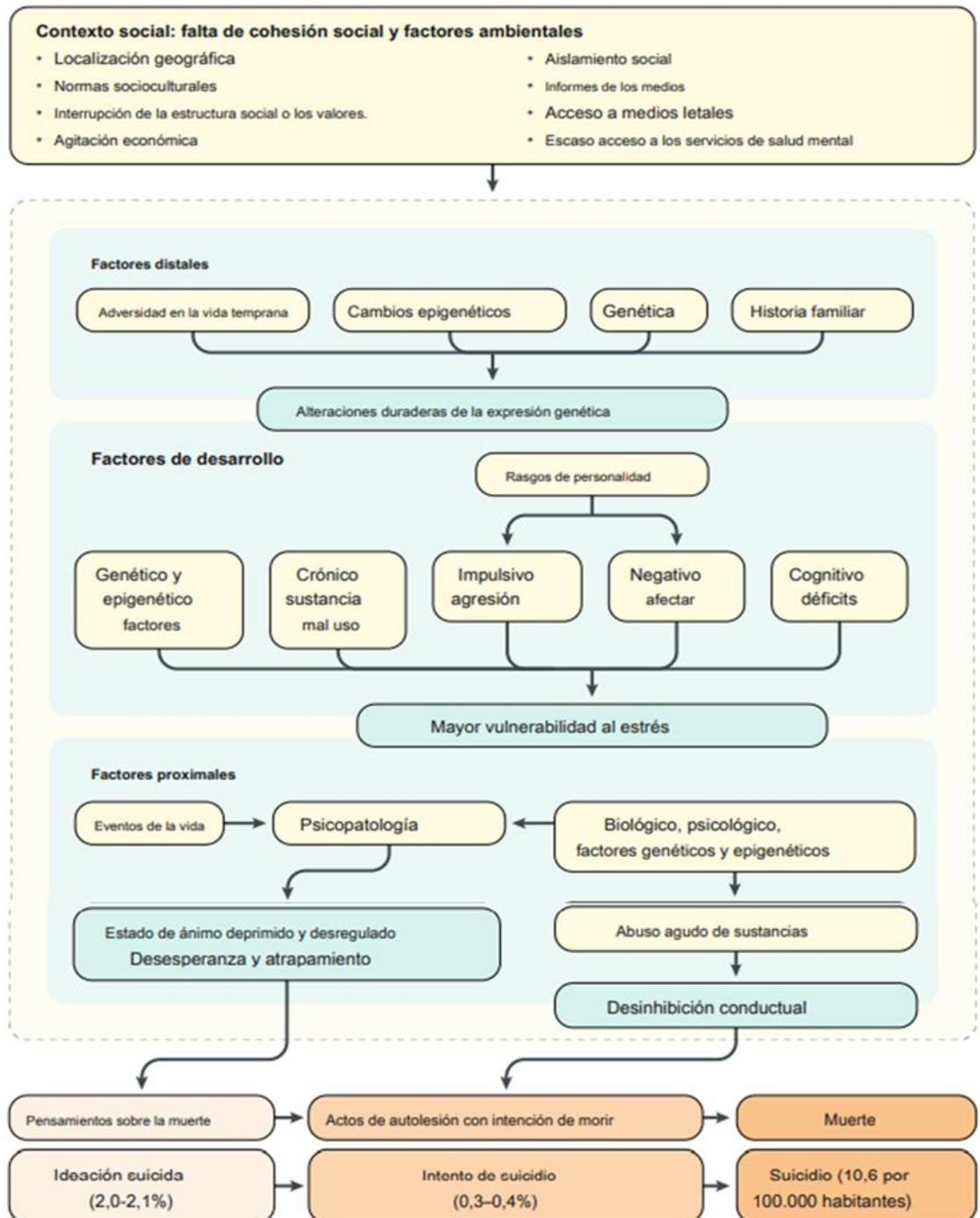
Factores de riesgo ante el suicidio

Teruel, (2014) señala que, aunque existe una abundante literatura científica sobre factores de riesgo suicida, la mayoría se ha centrado en adultos mostrando como los factores biológicos psicosociales o epigenéticos pueden ser determinantes para esta conducta. Los estudios sobre el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes también se han centrado en factores de riesgo como los neurobiológicos la orientación y diversidad sexual la desestructuración familiar la existencia de psicopatología en los padres la exposición a comportamientos suicidas o contagio las relaciones conflictivas entre iguales la falta de apoyo social el abuso y la negligencia los aspectos culturales y étnicos.



Suicidio y riesgo suicida Turecki (Turecki, et al., 2019).

El modelo biopsicosocial de riesgo de suicidio.





El modelo biopsicosocial del riesgo de suicidio presenta una visión integral de los diferentes tipos de factores que pueden contribuir al riesgo de suicidio. Los factores sociológicos, demográficos, económicos y ambientales pueden influir en alguno o en todos los factores distales, de desarrollo y proximales.

Los factores externos, poblacionales o sociales, además de factores individuales como la genética, los antecedentes familiares, antecedentes personales de abuso, la desregulación del comportamiento, o el abuso de sustancias y la psicopatología, pueden interactuar para aumentar la vulnerabilidad al suicidio a través de la desinhibición del comportamiento y el estado de ánimo deregulado la desesperanza y la trampa, que a su vez están asociados con la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio.

Variaciones geográficas en la incidencia de suicidio

La incidencia es relativamente baja en Oriente Medio y algunos países de América del Sur y Central, y alta en Europa del Este, Rusia, India y Corea del Sur. Es de destacar que la gran mayoría de los suicidios y los intentos de suicidio en todo el mundo ocurren en países de ingresos bajos y medios, donde las opciones de tratamiento son limitadas.

Varios factores, como el registro inconsistente de suicidios por parte de los médicos forenses y la aceptabilidad cultural o religiosa del suicidio, pueden afectar la notificación del suicidio. Los factores culturales (así como los posibles factores genéticos) podrían tener un papel importante, ya que varios estudios han demostrado que la clasificación entre países de las tasas nacionales de suicidio se mantiene entre los migrantes de primera generación a un solo país que opera de manera consistente. La disponibilidad y las preferencias culturales por los métodos de suicidio de alta letalidad pueden influir en las tasas de suicidio entre países (Turecki, 2019).



Mecanismo/Fisiopatología

El riesgo de suicidio está influenciado por la interacción de una variedad de factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Se han propuesto modelos generales para comprender el riesgo de suicidio.

La mayoría de los modelos reconocen que el riesgo de suicidio es el resultado de la interacción entre factores predisponentes (también conocidos como distales o diátesis) y precipitantes (también conocidos como proximales, desencadenantes o de estrés), y algunos modelos también especifican un papel para los factores del desarrollo.

Factores distales o predisponentes

Predisposición familiar y genética:

Tal como lo menciona Turecki (2019), en donde identifica una serie de factores importantes o predisponentes para que se dé la consumación de suicidio, que, además, la descendencia de las personas que han intentado suicidarse tiene un riesgo cinco veces mayor de intentar suicidarse que la población general. El riesgo de suicidio se duplica entre las personas que perdieron a un padre por suicidio en comparación con las que perdieron a un padre repentinamente debido a otras causas, aunque <5% de las personas que se suicidan tienen antecedentes de suicidio de sus padres.

Adversidad en la vida temprana:

La adversidad en la vida temprana (ELA), definida como negligencia o abuso físico o sexual durante la infancia, está fuertemente asociada con el comportamiento suicida más adelante en la vida.

Factores del desarrollo:

Tales factores de desarrollo o mediadores, que pueden resultar en parte de factores predisponentes, aumentan la vulnerabilidad a las respuestas desadaptativas a factores



proximales, aumentando así el riesgo de ideación suicida o comportamiento suicida. Es de destacar que los cambios de comportamiento están regulados por procesos biológicos.

Déficits cognitivos.

La disminución de la capacidad para resolver problemas, la memoria deteriorada y la disminución del pensamiento positivo en el futuro se han asociado con la conducta suicida.

Además, se ha reportado un riesgo cinco veces mayor de intentos de suicidio entre los estudiantes de alto y bajo rendimiento en estudios de cohortes, lo que destaca la importancia del coeficiente intelectual y el rendimiento escolar para influir en el riesgo de suicidio.

El comportamiento suicida no fatal es uno de los predictores más sólidos de comportamiento suicida futuro y muerte por suicidio. El 40% de las personas que mueren por suicidio han intentado suicidarse anteriormente, y los estudios de seguimiento a largo plazo han indicado que el riesgo de suicidio entre las personas que sobrevivieron a un intento de suicidio es del 1,6% en 12 meses.

Trastornos psiquiátricos asociados al suicidio

La enfermedad mental es un antecedente clave del suicidio. Estos trastornos pueden detectarse mediante entrevistas retrospectivas con familiares y amigos del fallecido utilizando métodos de autopsia psicológica; sin embargo, no siempre se diagnostican o tratan antes de la muerte y probablemente representan uno de los aspectos modificables clave del riesgo de suicidio de una persona.

Los diagnósticos psiquiátricos más comunes en las personas que mueren por suicidio son el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno bipolar, los trastornos por uso de sustancias y la esquizofrenia.



Factores psicológicos que contribuyen al suicidio

Uno de los principales impulsores de la ideación suicida y la conducta suicida es el concepto de dolor psicológico insoportable. Los estudios más recientes han identificado una gama más amplia de componentes, como la desesperanza y el conocimiento de medios letales. Existen factores que incluyen rasgos psicológicos y cognitivos (como problemas de resolución de problemas y sesgos de memoria y rumia) así como sentimientos de derrota y trampa, impulsividad, intenciones/planificación, implementación de un plan, acceso a medios e imitación.

Factores socioeconómicos, ambientales y otros contextos asociados con el riesgo de suicidio.

Algunos de los factores proximales que influyen son la ruptura de una relación, pérdida de empleo, agitación económica, ser acosado, cambios recientes en la posición socioeconómica, conexiones familiares deficientes, ser soltero, tener bajos ingresos, estar endeudado, pertenecer a algún grupo LGBT. Pueden producirse grupos de muertes por suicidio, especialmente en los jóvenes, a través del contagio social. Influye también el acceso a los medios.

El marco adopta un enfoque basado en factores de riesgo para la prevención del suicidio, clasificando los esfuerzos de prevención del suicidio como universales, selectivos o indicados en función de sus grupos destinatarios.

Vulnerabilidad y Exclusión social en México

La vulnerabilidad en México es profundamente vinculada a factores como la pobreza, la violencia y escaso acceso a los servicios de educación y justicia (Casique, 2012). Según la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, más del 60%



de la población mexicana está en la pobreza o en riesgo de pobreza. En este país, los de pobreza extrema y de ascendencia indígena son los que más sufren la exclusión social.

La exclusión social en México es un fenómeno complejo con muchas causas.

Además de la vulnerabilidad, se relaciona con desigualdad social, racismo, desempleo, subempleo, debilitamiento de la protección redes asociadas a familias y comunidades, y falta de acceso a servicios básicos servicios de salud y educación y apoyo estatal.

En México, existe una polarización y contexto social contradictorio: hay una concentración de riqueza y abundancia de servicios que coexisten con una exclusión social aguda concentrado en regiones concretas y grupos, principalmente zonas rurales, aunque las ciudades también concentran grandes proporciones de empobrecimiento vinculado a lo rural-urbano migración (Rionda, 2001).

Intervenciones universales:

Las intervenciones universales tienen como objetivo cambiar favorablemente los factores de riesgo y de protección en toda la población, en lugar de en grupos específicos de personas. En general, las intervenciones universales suelen afectar el entorno social o promover la resiliencia dentro de los individuos y apuntar a los factores de riesgo sin identificar necesariamente a las personas con esos factores de riesgo. Otros ejemplos de intervenciones universales reconocen el papel influyente de los medios de comunicación; Con este fin, muchos países y organizaciones han elaborado directrices para que los periodistas fomenten la información responsable sobre el suicidio en los medios de comunicación en reconocimiento del hecho de que las presentaciones de suicidio en los medios, por ejemplo, las que dan glamur al difunto, pueden llevar a actos de 'imitación'.



Intervenciones selectivas:

Las intervenciones selectivas se dirigen a subgrupos que exhiben factores de riesgo que los predisponen a pensamientos o conductas suicidas, pero que actualmente no exhiben esas conductas. Muchas intervenciones selectivas se dirigen directa o indirectamente a personas con trastornos psiquiátricos; por ejemplo, se han probado tratamientos farmacológicos específicos para los trastornos del estado de ánimo.

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, mentales y sociales de la satisfacción subjetiva con la propia vida. Los estudios que investigan la calidad de vida relacionada con la salud generalmente se enfocan en los componentes físicos y mentales en el contexto de una ideación suicida pasada o un intento de suicidio pasado. Los resultados de salud mental, la ideación suicida y el intento de suicidio están asociados con trayectorias de disminución de la salud mental a lo largo del tiempo. Además, varios factores están asociados con componentes de salud mental reducidos de las evaluaciones de la calidad de vida, como ser mujer, tener un trastorno límite de la personalidad o tener alta impulsividad, desesperanza u hostilidad.

Teoría de Thomas Joiner

El Dr. Thomas Joiner, creador de la teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida, propone a través de sus investigaciones que un individuo no morirá por suicidio a menos que tenga el deseo de morir por suicidio y posea la capacidad para llevar a cabo su deseo, basado en los problemas para conectar con los demás. A continuación, veremos en qué consiste esta teoría.

La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida

La base teórica de esta aproximación tiene tres componentes principales.



1. Sentido de pertenencia frustrado

El primer elemento de la teoría es un sentido de pertenencia frustrado; y es que la evidencia indica que, cuando las personas mueren por suicidio, en su mayoría se sienten desconectadas de los demás, originando una idea y sentir por parte de los individuos de que nadie realmente se preocupa por ellos, y como alternativa, puede reflejar la sensación de que, mientras a “algunos les puede importar”, nadie puede relacionarse con ellos y comprender su situación.

Ambas sensaciones dejan profundos sentimientos de soledad, la persona se siente aislada y claramente desamparada, esta idea contradice una realidad diferente muchas veces ya que las personas que mueren por suicidio rara vez, o nunca, carecen de otros que se preocupen por ellos, pero los pensamientos automáticos disfuncionales son capaces de sesgar las percepciones de los individuos sobre el mundo que los rodea.

Además, aunque existan personas que se preocupan por ellos, no pueden relacionarse con su experiencia vivida en el caso de las personas que hayan pasado por un trauma o experiencia desagradable, así que las personas pueden sentirse distanciadas de otras que no experimentaron los mismos eventos abrumadores, independientemente de lo conocimientos que otros posean acerca de dicho evento.

2. La carga percibida

El segundo componente es la carga percibida, que de igual manera que la pertenencia frustrada, generalmente es impulsada por pensamientos automáticos distorsionados; y son estos dos componentes los que conforman el “deseo de suicidio”.

Las personas que experimentan elevaciones en esta variable tienen la sensación de que no hacen contribuciones valiosas al mundo que les rodea. Pueden verse inundadas por pensamientos de inutilidad y minusvalía, en consecuencia, llegan a estar seguros de que la



vida de los demás mejorarían si desaparecieran o no habría diferencia alguna acerca de la existencia propia.

Una vez más, tales creencias en caso de no ser verdaderas son una tendencia cognitiva común de parte de los individuos después de experimentar ciertos tipos particulares de eventos. Perder un trabajo, perder un ascenso, pasar a la jubilación y reprobar un examen son varios ejemplos de tipos de experiencias que pueden generar una sensación de angustia. En el caso de pensamientos intervenidos por comentarios seguidos de un constante maltrato emocional, solo vienen a reafirmar la constante auto descalificación que un individuo ya posee.

3. La capacidad adquirida

El tercer elemento, la capacidad adquirida, revalida el proceso que ocurre cuando los centros cerebrales responsables de la motivación y el aprendizaje interactúan y el estado de ánimo cambia la intensidad percibida del dolor. Así es como el dolor físico se vuelve menos pronunciado con el tiempo a medida que el cuerpo se acostumbra a la experiencia.

De este modo, las personas que se autolesionan van desarrollando la valentía ante el dolor y lesión, y que, de acuerdo con la teoría, adquieren esta preparación a través de un proceso de experimentar repetidamente eventos dolorosos. Estas experiencias a menudo incluyen autolesiones previas, pero también pueden incluir otras experiencias, como lesiones accidentales repetidas; numerosas peleas físicas; y ocupaciones como la de un médico o un soldado de primera línea en el que la exposición al dolor y las lesiones ya sea directa o indirectamente, se han vuelto común.



Conclusiones

Los datos científicos avalan que muchos suicidios son evitables, pero a pesar del aumento de investigaciones y del conocimiento de que los suicidios son prevenibles, no siempre se ha reconocido la prioridad que tiene. Por otra parte, el estigma y el tabú persisten, por lo que muchas personas no buscan ayuda e incluso cuando la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz (OMS, 2014).

Alrededor del tema de suicidio aún existen desgraciadamente mitos que impiden una eficaz y oportuna intervención (OMS, 2014).

MITO	HECHO
Quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo	Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción.
La mayoría de los suicidios suceden repentinamente sin advertencia previa	La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.



<p>La persona suicida está decidida a morir</p>	<p>Por el contrario, las personas suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.</p>
<p>Quien haya sido suicida alguna vez nunca dejará de serlo</p>	<p>El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.</p>
<p>Sólo las personas con trastornos mentales son suicidas</p>	<p>El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no están afectadas por el comportamiento suicida y no todas las personas que se quitan la vida tiene un trastorno mental.</p>



<p>Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo</p>	<p>Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.</p>
---	---

Otro elemento clave en la prevención del suicidio es la restricción de los medios utilizados para su consecución. Para poder llevar a cabo una política de restricción se requiere, por una parte, un conocimiento de los métodos utilizados en las diferentes regiones y grupos sociales y, por otra, una colaboración entre diferentes sectores. Además, la prevención del suicidio requiere una visión, un conjunto de estrategias y un liderazgo sostenido para que las metas de prevención puedan lograrse. En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, recoge la priorización de actuar en la prevención y detección precoz de la conducta suicida.

El concepto de salud mental positiva representa un cambio de paradigma donde la salud mental no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado emocional positivo que supone disfrutar de una serie de capacidades y recursos que permiten a las personas resistir adversidades y crear condiciones que posibilitan su máximo desarrollo posible (resiliencia). Esta perspectiva positiva concibe la salud mental como un pilar fundamental para el bienestar y el funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial.



Referencias

- Ansean A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental. 2014
- Hernández, H. & Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17 (68), 69-101.
- Martin, J. M. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*, 810-815.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Oficina Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2014.
- Rionda, L. M. (2001). Guanajuato: Pobreza, desarrollo desigual y comportamiento político [Poverty, unequal development and política behavior]. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Teruel, D. S. & Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35 (2), 181-192.
- Torales, J., Barrios, I. & González, S. (2020). Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 18(2), 54-62.
- Turecki, G., Brent D., Gunnell D., O'Connor R., Oquendo M., Pirkis J., & Stanley B. (2019). Suicidio y riesgo de Suicidio. *Revisiones de la Naturaleza*, 1-16.



Impacto de la pandemia por COVID-19 en las manifestaciones socioculturales de los habitantes de La Carbonera, Tamaulipas.

Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos⁶⁵

Yareldy Castillo Castillo⁶⁶

Vianey Hernández Villanueva⁶⁷

Miranda Sare Mendoza García⁶⁸

Resumen

Es una investigación realizada por exalumnas de la Licenciatura en Trabajo Social, se efectuó en “La Carbonera”, situada a 51.0 km, dirección noreste, del municipio de San Fernando, en el Estado de Tamaulipas. Cuenta con 3500 habitantes aproximadamente. Respecto al ámbito educativo, cuenta con nivel inicial, básico y medio.

Su objetivo, identificar el efecto causado por la pandemia COVID-19 en las manifestaciones socioculturales en los habitantes de dicha comunidad. El diseño de estudio, bajo el paradigma cualitativo, descriptivo, mediante el análisis documental, entrevistas en profundidad, observación participante e historias de vida.

La población económicamente activa tiene como principal actividad la pesca, siendo su mayor fuente de ingreso el comercio, por la venta de mariscos y pescado extraídos de la laguna madre; además la exposición y venta de artículos en los tianguis, y expendios con su gastronomía, con base en la preparación de diversos platillos, con productos obtenidos de la misma laguna. Cabe hacer mención que la mujer es parte importante de la economía, pues mientras que los varones se van a la pesca, ellas son las que reciben el producto y se dedican

⁶⁵ Catedrática de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. bcidle@docentes.uat.edu.mx

⁶⁶ Pasante de Licenciatura en Trabajo Social. Egresada de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. yare.c2@hotmail.com

⁶⁷ Pasante de la Licenciatura en Trabajo Social. Egresada de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas villanueva_hdz27@hotmail.com

⁶⁸ Pasante de la Licenciatura en Trabajo Social. Egresada de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. miranda_mendoza98@hotmail.com



a despigar el camarón. Otras actividades que favorecen la economía de dicha población son la agricultura y la ganadería.

Algunas de sus manifestaciones socioculturales más significativas son, reuniones que llevan a cabo para congregarse en las distintas religiones; los eventos sociales que comprenden las festividades del pueblo, ya sea por fechas conmemorativas o de tipo social; el proceso educativo; la realización de eventos de tipo recreativo, tales como partidos de diferentes deportes y el paseo dominical de los residentes de la comunidad por los tianguis.

Con la presencia de la pandemia COVID-19, enfermedad de alto espectro de contagio, por una nueva cepa de coronavirus, estas manifestaciones socioculturales fueron afectadas y se modificaron.

Aunque se respetaron las normas establecidas por la autoridad, para evitar el contagio, el impacto de la pandemia sobre la comunidad fue detonante para la disminución de su economía, y la limitación para expresar libremente sus manifestaciones socioculturales.

Palabras clave: pandemia, COVID-19, impacto, manifestaciones socioculturales, comunidad.

Planteamiento de la Investigación

La pertinencia de realizar un estudio en la Carbonera, Tamaulipas, fue con el objetivo de identificar el impacto de la pandemia COVID-19 en las manifestaciones culturales, recreativas y de religión, en los habitantes de dicha comunidad, lo que surge a partir de la oportunidad de que una de las estudiantes universitarias, es originaria de la región; por tanto, al responder a las normas establecidas por las autoridades correspondientes, respecto a la suspensión de clases de manera presencial, así como respetar el confinamiento social en su hogar, y la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, en relación al cumplimiento de la materia de prácticas, mediante la virtualidad; permitió realizar la investigación, contando con las facilidades de las autoridades comunales para la realización de los trámites



necesarios y el levantamiento de la información; a su vez siendo apoyada por otras dos estudiantes que tienen como lugar de residencia la capital del Estado, Ciudad Victoria.

La pandemia por la enfermedad denominada COVID-19, que surgió en Wuhan, China, a partir de la presencia de un conglomerado de casos por neumonía, en la ciudad, a finales del año 2019, de acuerdo a la OMS (2020), causó gran efecto en todo el mundo, ya que no fue solo en la magnitud de casos que se han presentado desde ese momento, hasta la actualidad, ubicando a los sistemas de salud ante un gran reto, debido a la capacidad de respuesta de los mismos, en cuanto al número de camas, medicamentos, materiales e insumos necesarios para la atención rápida de las personas contagiadas; además causó un gran impacto en la convivencia cotidiana de las personas, en el desempeño laboral presencial en las distintas empresas e instituciones de diverso índole, al tener que permanecer bajo un confinamiento en sus hogares, debido al aislamiento social, como una de las normas principales de salud, para evitar los contagios.

En la Carbonera, ubicada en el municipio de San Fernando, en el Estado de Tamaulipas, no fue la excepción, se tomaron diversas medidas y se establecieron normas para evitar una crisis epidemiológica, se cerraron todas las iglesias y templos, de las distintas denominaciones; las instituciones educativas, de diferentes niveles, suspendieron las actividades de manera presencial, las actividades recreativas, como los partidos de fútbol, así como diversos juegos y reuniones de tipo social, fueron considerados bajo la norma de prohibición. El comercio al aire libre fue suspendido, y en cuanto a las tiendas y las galerías, se le estableció de manera obligatoria el uso de cubrebocas, y el no ingreso de niños menores de 12 años.

Ante este panorama, surgen distintos cuestionamientos al respecto, ¿existen casos por COVID-19 en la comunidad?, ¿cuáles son las manifestaciones socioculturales de los habitantes de la Carbonera?, ¿cuál es el impacto de la COVID-19 sobre las manifestaciones socioculturales?, ¿cuál es la respuesta de las autoridades de dicha comunidad?, ¿qué modificaciones se realizaron para enfrentar el impacto de la enfermedad en las manifestaciones socioculturales?



Abordaje Metodológico

Se seleccionó el enfoque cualitativo, ya que se busca comprender la perspectiva de los participantes, acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados; es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. Se guía por áreas o temas significativos de investigación, sin embargo, como afirma Hernández, (2014):

En lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos.

Con la finalidad de determinar una primera aproximación general, se recurrió al diseño metodológico, representando la posición que se tiene previo a la realidad, para investigar más a profundidad con los habitantes de la Carbonera, con respecto a la situación que se vive ante la pandemia por la COVID-19, y de qué manera afectó en el desarrollo de su vida social, cultural y familiar; así como en lo económico y en lo laboral, además de reconocer un panorama en el aspecto de educación inicial o elemental, básica y media superior.

Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron la entrevista a profundidad, la observación participante y la historia de vida, dado a que mediante estas, se podía identificar la realidad social, los valores, las costumbres y la ideología en las personas habitantes de la Carbonera; así mismo, identificar el cambio repentino ante lo sucedido con la COVID-19, siendo útil la técnica cara a cara del investigador y los informantes con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad por la que cada uno pasa.

Se determinó el diseño longitudinal, ya que es una misma población, en un determinado periodo de tiempo, como afirma Arnau y Bono (2008, p.34) “los diseños longitudinales...son de uso cada vez más frecuente en ciencias sociales y del comportamiento, sirven para estudiar los procesos de cambio directamente asociados con el



paso del tiempo”. Fue útil este diseño puesto que se estableció realizar el estudio a través de un cierto tiempo, por una parte, para respetar la existencia de medidas en la comunidad de Carbonera, así como dar a lo largo del tiempo un seguimiento, para identificar los cambios y procesos que surgieron ante la pandemia. Es un estudio que cuya base es la experiencia de la población a lo largo del tiempo.

Se eligió el tipo de estudio descriptivo, ya que según Tamayo y Tamayo (2002):

El tipo de investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; el enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo, cosa funciona en el presente; la investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hecho caracterizándose fundamentalmente por presentarnos una interpretación correcta.

Se reconoce que es de mucha utilidad este tipo de estudio, porque permite mostrar y narrar los hechos, situaciones y rasgos característicos de la investigación que se lleva a cabo en dicha comunidad, para identificar actualmente, el impacto por la pandemia.

Para la captura y análisis de la información, se utilizó la técnica de memo, la cual fue de gran utilidad para guardar y recuperar la información recabada por los miembros participantes de la comunidad, generando una interpretación y dimensiones más profundas de entendimiento y reconocimiento ante la problemática actual.

Marco Teórico

Uno de los aspectos importantes para realizar el análisis del suceso crítico por la presencia de la pandemia por COVID-19 a nivel mundial, y que definitivamente causó impacto de manera específica en la comunidad objeto de estudio, en lo que respecta a la expresión de sus manifestaciones socioculturales, es partir de la teoría del caos, ya que, mediante esta, como lo afirma Reynoso (2006, p. 193) “en sociología hay numerosos estudios que utilizan la teoría del caos y dinámica no lineal que podrían ser inspiradores para la



antropología sociocultural, y más puntualmente para el estudio cuantitativo o cualitativo de sociedades complejas”, ya que se intenta explicar sucesos que causan cambios de manera abrupta, debido a un aspecto que requiere atención inmediata, como lo es la situación epidemiológica que puso en evidencia las carencias de los distintos sistemas de salud y de la sociedad en general, en los diferentes países, y sitúa a los habitantes de las comunidades ante circunstancias que pueden ser caóticas; para Pidal (2009, p. 29) “el caos se define usualmente en la lengua española como una condición o situación de gran desorden y confusión”... “La teoría del caos trata de entender la relación entre el orden y el desorden. De esta forma es posible del orden llegar al caos y del caos alcanzar el orden”. (et. al. p.32).

La idea fundamental de la Teoría del Caos Social, es el estudio de los sistemas inestables, en los que dados determinados procesos naturales, pequeños cambios en las condiciones iniciales conducen a enormes discrepancias en los resultados. Este principio suele llamarse “efecto mariposa” debido a que, en meteorología, la naturaleza no lineal de la atmósfera ha hecho posible que el aleteo de una mariposa en determinado lugar y momento, pueda ser la causa de un terrible huracán varios meses más tarde en la otra punta del globo. Todo esto ya que un acontecimiento que sucedió al otro lado del mundo , la aparición abrupta de una enfermedad causada por el coronavirus SAR-COV-2 en Wuhan, en un momento dado resulto afectar a una comunidad pequeña , como la Carbonera, a muchos kilómetros de distancia y meses después de su inicio, como se demuestra en los diferentes resultados, a partir del número de personas contagiadas, el índice de defunciones por dicho padecimiento, así como los cambios socioculturalmente hablando; esta teoría concibe un nuevo paradigma, en donde se establecen efectos de la comunicación, los referentes culturales y los comportamientos de las masas.

Otro fundamento, es la teoría general de sistemas, por Ludwig von Bertalanffy , quien define un sistema como un conjunto de elementos que se encuentran activamente en interacción, pues lo que sucede a uno de los elementos, tendrá impacto para determinar el estado de cada uno de los demás que lo configuran; se afirma que existen sistemas abiertos y cerrados, refiriéndose a los primeros , como aquellos que al intercambiar de manera libre la información con su entorno, permitirá su modificación y a la vez ocurrirá en el contexto.



En cambio, cuando se habla de sistemas de tipo cerrado, no se considera la oportunidad de compartir la información, por tanto, la modificación no ocurre, ni en el sistema, ni en el entorno.

Desde esta perspectiva teórica, se puede analizar tanto los sistemas de salud, como el sistema social o comunidad de carbonera; en México el Sistema Nacional de Salud está conformado, de acuerdo a la Ley General de Salud, por:

Las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. (Título Segundo, Capítulo I, Artículo 5, p. 3)

Esto significa que la responsabilidad de cuidar la salud de la población no sólo incluye a las dependencias del sector público, además se integran las del sector privado, en los diferentes niveles de atención.

En lo que respecta al sistema social de la carbonera, se proyecta como un sistema cerrado, pues la sinergia está, en que existe una dependencia entre los habitantes de la comunidad, ya que todos contribuyen de manera organizada e interdependiente, para realizar las actividades que los favorezcan a todos. Existe la posibilidad de recibir información externa, en el caso particular sobre la pandemia, ya sea a través de los medios de comunicación tradicionales, como el periódico o la radio, y los que no son, como es el caso de las redes sociales, que viajan a una velocidad acelerada; igualmente se centran más en obtener y comprender información que la misma comunidad expresa desde su perspectiva . Esta teoría afirma que cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido se expone como que si en algún momento se ve afectado algún miembro de la comunidad por la crisis pandémica, las funciones de ese individuo fallan o recaen en otras, y



todo esto afecta a todos los demás comunidad de la Carbonera. A un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema. (Zúñiga, 2008)

Esta implica una praxis permanente del aprender a pensar en grupo y con relación a la vida cotidiana. Se trata de ir configurando a partir del Aprendizaje.

Callista Roy propone la teoría de adaptación para la persona en la que consiste en reaccionar positivamente ante los cambios producidos en su entorno; Este modelo comprende tres clases de estímulos: focales, contextuales y residuales.

De acuerdo con la teoría de Adaptación de Roy, propone que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución, considerando los cuatro modos de adaptación: las necesidades fisiológicas, la autoimagen, el dominio de un rol o papel, interdependencia. Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivos. El subsistema de afrontamiento regulador que se ven reflejadas en el modo fisiológico, cognitivo y se relaciona con procesos emocionales.

La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”. (Díaz, Durán, Gallego, Gómez, González, Gutiérrez, Hernández, Moreno, 2002, p. 20)

Toda esta teoría nos expone la situación que vivimos actualmente y como se adaptaron las personas de la comunidad a su entorno y a esta nueva normalidad ya que la pandemia afectó no solamente la situación social del individuo, si no a nivel emocional; considerando algo muy importante, sobre como que las futuras generaciones lo verán al paso de los años, pero solo aquellas personas que vivieron la experiencia entenderán lo que fue vivir dicho proceso de adaptación.

Esta teoría expresa como aquella persona enferma necesita tener un proceso de adaptación por los cambios que se produjeron debido a la COVID-19 , ya sea desde el



momento de los primeros síntomas, durante toda la convalecencia , hasta la recuperación, y que todo este proceso no solo lo vive el individuo enfermo si no todo su entorno. La teoría argumenta que cada proceso es diferente y depende mucho de la persona y del contexto en el que se encuentra durante el momento de la convalecencia.

Las manifestaciones socioculturales, como la diversidad étnica, la educación con sus maneras de convivencia escolar, su aprendizaje y problemáticas, las distintas situaciones sociales y familiares, las diferentes denominaciones religiosas, las creencias, las festividades en torno a la religión, los días conmemorativos, las actividades recreativas de un determinado conglomerado social, los elementos distintivos en el ámbito laboral, son parte de la esencia de un pueblo; nos hablan acerca de su identidad, de su idiosincrasia , como una manera particular de pensar , de comportarse, de caracterizar al grupo social que conforma la comunidad. Estas manifestaciones cumplen con la aportación de una gama de roles que desempeñan los miembros en una sociedad, es importante identificar si hay repercusiones por la pandemia COVID-19, para lo que se hace necesario discurrir sobre la cultura.

Toda sociedad cuenta con su propia manifestación de la cultura, como expresa Sánchez:

En el mundo actual es difícil que nos podamos encontrar con sociedades que no cuenten como característica propia la de la diversidad cultural. Incluso desde las concepciones más restrictivas del concepto de cultura, es difícil encontrar sociedades que no cuenten con personas y grupos de diferentes orígenes étnicos y culturales. (2011:58)

Se requiere entonces hacer un breve esbozo sobre lo que es la cultura que, de acuerdo a Rocher, citado por Aktouf, 1990 en Higueta (2012):

Es un conjunto ligado de maneras de pensar, de sentir y de actuar que, siendo aprendidas y comprendidas por una pluralidad de personas, sirven de una manera a la vez objetiva y simbólica, para construir a esas personas en una colectividad particular diferenciada. (p. 129)



Resultados y Discusión

La localidad de la Carbonera, está situada en el Municipio de San Fernando Tamaulipas, se encuentra ubicada a 51.0 km, en dirección Noreste, de la localidad de San Fernando; en la actualidad está conformada alrededor de 3000 a 3500 habitantes.

En esta pequeña comunidad por el año 1953, tan solo era un rancho donde un campesino tenía un pequeño ganado, en el año 1955 llegó a la laguna madre, un huracán fuerte (Expreso, 2017) , que causó estragos en la población y pequeña zona geográfica. De acuerdo a uno de los entrevistados, líder del ejido, E-1 manifestó “la zona sur de Tamaulipas sufrió el embate de tres huracanes consecutivos: primero Gladis, después Hilda y finalmente Janet; entre los tres configuraron una tragedia de dimensiones mayúsculas, con la inundación más grave de que se tuviera memoria en México, el cual trajo agua del mar y se estancó en una laguneta trayendo consigo variedades de mariscos”. Expresó además “de ahí se empezó a fundar la Carbonera por una cantidad de solo veintitrés a veinticinco personas aproximadamente, las calles eran de terracería, para trasladarse a San Fernando, se transportaban en burro o caballo, o en su caso caminando; solo dos familias contaban con camioneta y otras personas se iban en una avioneta, la cual la utilizaban para transportar el camarón. Las lluvias eran tan fuertes que inundaban la calle de terracería y no se podía ir a San Fernando, por lo cual el único transporte era la avioneta, pues el agua duraba estancada hasta un mes”.

Las familias tenían que ir hacer su despensa a San Fernando o a la capital del estado, para que los comestibles adquiridos les duraran un mes en la alacena, porque en la comunidad no había tiendas; respecto a los servicios públicos, no contaban con luz, lo que utilizaban eran candiles con diésel y petróleo para alumbrar por las noches, tampoco contaban con agua potable, de las lagunetas sacaban agua para utilizarla en su higiene personal, para lavado de ropa o para el consumo personal, para lo que tenían que hervirla.

El sustento económico de los habitantes se basaba en el producto que la laguna les ofrecía, que consistía en los mariscos. En aquellos años había cantidades grandes de camarón



y una diversidad en los tipos de pescados. Los pobladores ponían a cocer el camarón con sal, el cual era transportado a la cooperativa de San Fernando Tam. También la agricultura y la ganadería ha formado parte del su sustento de su vida.

El primer delegado fue el Sr. José García y el segundo fue el Sr. Santana Mesa, quien debió fundar carbonera Sur y Norte, y él se dedicó de repartir los terrenos de las familias que llegaban a poblar dicha comunidad.

En cuanto al ámbito educativo, la primera escuela fue en carbonera sur, iniciando actividades en tan solo un pequeño cuarto, contando con un solo maestro, y siendo la primera generación de seis alumnos. Así con la llegada de más familias a la comunidad, la escuela fue integrando un mayor número de alumnos, posteriormente los padres de familia solicitaron un terreno para construir una secundaria; con el devenir del tiempo y de acuerdo con el crecimiento demográfico, en la actualidad cuentan con los distintos niveles educativos.

“Tabla1”

Tabla 1

Niveles Educativos

NIVEL EDUCATIVO	ZONA NORTE	No. DE ALUMNOS	ZONA SUR	No. DE ALUMNOS
Preescolar	Jean Piaget	63	Emiliano Zapata	57
Primaria	Lucio García	86	Venustiano Carranza	100
	Zúñiga			
Secundaria	---	---	Manuel Cavazos	160
Técnica			Lerma	



			Colegio de	
			bachilleres plantel	
Media Superior	---	---	21 la carbonera	120

Fuente: Elaboración propia, 2020, a partir de datos obtenidos en el estudio.

En el contexto de la religión, la primera iglesia la fundaron unas personas que venían de los Estados Unidos de Norteamérica, construyendo el templo adventista del séptimo día. En la época actual existen cuatro iglesias de diferente denominación religiosa, las cuales están integradas por diferente número de miembros: la iglesia adventista del séptimo día que se encuentra en carbonera norte con una cantidad de 300 integrantes; además la iglesia católica, que cuenta con 270, la luz del mundo con 150 y la pesca milagrosa que tiene 180, las cuales están ubicadas en carbonera sur. De manera inicial sus actividades se vieron afectadas, pues se determinó por parte de la autoridad local, la prohibición de la presencia de los miembros en los distintos templos; posteriormente se fueron adaptando, considerando la oportunidad de continuar con las actividades mediante reuniones realizadas al aire libre, o en su caso haciendo uso de la virtualidad, con la participación desde sus hogares.

Respecto a la actividad laboral, en la carbonera, se puede considerar a la población económicamente activa, quienes se dedican al comercio; es decir lo referente a la compra y venta de los productos de mariscos y pescado. En cuanto al grupo del sexo femenino, las mujeres salen muy temprano a trabajar, despichando el camarón que será utilizado para la elaboración del coctel; otra parte de ellas, se dedican a la preparación de alimentos para la venta. Por su parte los varones, una parte de ellos son los que se dedican a la pesca, y transportan los productos obtenidos de la laguna; mientras que la otra parte, se sustentan con la siembra de sus cultivos en sus solares y la ganadería, criando a sus animales en sus terrenos.

Se reconocen como una comunidad con valores y principios, con normas establecidas por las autoridades correspondientes, con trabajo realizado bajo un contexto de respeto y organización, conscientes de que quienes desean prepararse académicamente en un nivel superior, deben salir de la comunidad y trasladarse a la capital del estado, Ciudad Victoria;



en donde a través de las diversas instituciones educativas, en los distintos niveles, reciben la oferta de una variedad de carreras, mediante las licenciaturas.

En relación con el impacto de la pandemia en sus manifestaciones socioculturales, los entrevistados expresaron:

E-1 (líder o autoridad), “las costumbres de la carbonera son basadas más en la religión, los adventistas del séptimo día solían asistir los sábados a la iglesia, y por las tardes ir a visitar a enfermos, así como realizar reuniones en las casas de familias; en cuanto a los católicos, los pentecostés y los de la luz del mundo, asistían los domingos a las reuniones en las iglesias, todo esto cambió, pues ahora hacen las reuniones se llevan a cabo al aire libre. “Figura 1”. Así mismo los domingos las personas solían ir a ver los partidos de futbol y beisbol al campo, y pasar por los tianguis y puestos de comidas y de golosinas”.

Por su parte E-2 (Ama de casa y Empleada), afirmó “la pandemia afectó en el trabajo porque cerraron los negocios propios, se prohibió la entrada a las galeras a los menores de edad y los adultos mayores, y a personas enfermas de salud. Así mismo pedían obligatoriamente el uso de cubre bocas en cualquier tienda. Cerraron Iglesias y las escuelas impidiendo las clases de los niños”. “Figura 2”

E-3 (Comerciante), manifestó “en las escuelas se empezaron a llevar a cabo de una manera virtual “Figura 3”, las personas o niños que no cuentan con el servicio de internet piden apoyo a otros compañeros para poder mandar sus tareas o trabajos. En las iglesias se reúnen tres familias siempre y cuando sean menos de 15 personas en una casa”.



Figura 1

Religión en pandemia



Figura 2.

Cubrebocas obligatorio



Figura 3

Escuela e Iglesia virtual en casa



Ante la pregunta sobre el impacto que tuvieron a consecuencia de la pandemia y como se vieron afectados en la comunidad, los integrantes mencionan lo siguiente “la población de Carbonera se vio muy afectada porque cerraron muchos negocios y afectó en lugares turísticos y religiosos, así como se prohibió que los niños fueran a la escuela”, por otro parte, otro residente menciona que “la pandemia afectó a muchos comerciantes, porque bajó la compra y venta de camarón”; y sin ser menos importante la interrogante de como llegó el virus a la comunidad, otro participante en el estudio hace mención que “la comunidad es un lugar muy pequeño, y en parte turístico, por la playa y la venta de camarón, debido a eso ,las



personas entraban y salían del pueblo y algunas no acataban a las medidas de prevención, lo que contribuyó a generar algunos contagios.”

De acuerdo con la cifra oficial por la Secretaría de Salud del Estado, en el municipio de San Fernando, Tamaulipas los casos positivos confirmados por COVID-19, es de 756 personas, de las cuales, fallecieron 40; en la comunidad de la Carbonera, diez de sus integrantes resultaron positivos (SST,2021), lo que representa el 2.8% de la población total de dicha comunidad; sin embargo, que sean pocos casos contagiados no implica que la pandemia no causó un impacto en sus manifestaciones socioculturales, ya que existen repercusiones evidentes, tanto en el libre desarrollo de prácticas culturales comunitarias, como en la cancelación de eventos de tipo religioso y festivo, además del cierre de instituciones que favorecen la cultura.

Según la Organización Mundial del Turismo de las Naciones Unidas (OMT), “el 96 % del total de los destinos mundiales han introducido restricciones de movilidad totales o parciales...” (UNESCO, 2020), lo que pone de manifiesto que lo ocurrido en la Carbonera no es un acto aislado y ajeno a lo sucedido a nivel mundial, ya que siendo un lugar pequeño, en cuanto a su extensión geográfica y su demografía, con predominancia en actividades que permiten una derrama económica por el ingreso de turistas, sufrió el embate de la pandemia, pues la población vio afectadas sus actividades de manera importante y trascendental, al ser suspendidas.

Conclusiones

Aun siendo una comunidad rural con algunas características de urbanidad, con normas y límites familiares bien definidos, así como con una idiosincrasia de organización y trabajo comunal, respetando las normas sanitarias y el confinamiento social; la ubicación y localización de la comunidad, como un lugar turístico, así como la economía centrada en la venta de los productos extraídos de la laguna, no le permitió permanecer exenta de sufrir los estragos de la pandemia, ya que los aspectos señalados contribuyeron a la presencia de



algunos casos identificados con COVID-19 , provocando además distintas repercusiones, como cancelar distintos roles que se tenían tanto a nivel familiar, social, educativos, culturales y comunitarios; festividades religiosas que dan realce a la comunidad; celebraciones de fechas conmemorativas, así mismo se ha afectado la economía familiar, puesto que solo viven de la pesca, compra y venta de mariscos, no es una economía estable.

No solo ha causado un impacto en la economía de las personas, en su cultura o en la religión, sino también en el ámbito educativo, puesto que pocas familias cuentan con televisor o pantallas para llevar la educación a distancia, y de manera virtual; el servicio de internet es deficiente y de alto costo para quienes lo requieren , la inexistencia de aparatos tecnológicos atentan contra el proceso de enseñanza-aprendizaje, y esto ha provocado limitaciones en el aprendizaje cotidiano, lo que redundará afectando de igual manera su futuro.

La salud de la población es otro aspecto que ha sido afectado por la pandemia, ya que dejó al descubierto las deficiencias e ineficacia de los servicios de salud, quienes se muestran con desabasto de medicamentos y problemas de cobertura en la infraestructura hospitalaria, afectando la atención médica de la población, a menos que sean personas contagiadas por COVID-19. La pandemia supone atención de los sistemas de salud y de las autoridades sanitarias, en todos los ámbitos y niveles, que sean conscientes de las debilidades y carencias, para enfrentar los retos del futuro próximo; pero, también es una oportunidad para sensibilizar a la población que se requiere construir sociedades, ciudades y comunidades mejores y más sostenibles.

Una sociedad que enfrenta una crisis, definitivamente, es una institución que se ve afectada en muchos aspectos, sus integrantes deben responder al impacto de la pandemia por la infinidad de situaciones que los ubican ante la pérdida; no solo de la salud, además de diversas situaciones en el ámbito social, cultural, material y emocional, provocando un duelo que debe ser atendido, a través de la generación e implementación de estrategias que respondan a las necesidades de esa realidad social; lo que se puede estimar como un ámbito de la intervención del profesional del trabajo social.



Referencias Bibliográficas

- Arnau, J. y Bono, R. (2008). Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología*, 2(1), 32-41. Recuperado de :
<https://www.redalyc.org/pdf/2710/271020194005.pdf>
- Díaz, L., Durán, M., Gallego, P., Gómez, E., González, Y., Gutiérrez, M., Hernández, A., y Moreno, M. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a04.pdf>
- Expreso. (03 de Septiembre de 2017). *Tamaulipas: Tierra de Huracanes*. Obtenido de Expreso: https://expreso.press/2017/09/03/tamaulipas-tierra-huracanes/?fbclid=IwAR2vPx1t6i0fiCzbDpenzlwmvBdu3lW9rPVaFipf_ToycsmXN59T_mWF7wY
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill. Recuperado de : <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Higuita, D. (2012). Interiorización de las Manifestaciones Culturales en los Miembros de la Organización. *Revista Facultad de Ciencias Económicas.*, Vol. XX (2), 127-142. Recuperado de : <https://www.redalyc.org/pdf/909/90925810003.pdf>
- Ley General de Salud. (2005). Gobierno de México. Recuperado de:
http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- OMS (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Pidal, M. (2009). *La Teoría del Caos en las Organizaciones*. Recuperado de :
<https://dialnet.unirioja.es>
- Reynoso, C. (2006). Complejidad y el caos: Una exploración antropológica. Recuperado de :
https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Reynoso-2/publication/228383940_Complejidad_y_Caos_Una_exploracion_antropologica/links/54cac63c0cf2c70ce523e6a6/Complejidad-y-Caos-Una-exploracion-antropologica.pdf



Sánchez, S. (2011). Las manifestaciones de la diversidad cultural y su utilización educativa.

Recuperado de:

https://www.stes.es/melilla/archivos/libro_diversidad_cultural/Pdfs/Diversidad%20Cultural%204.pdf

Secretaría de Salud de Tamaulipas. (2021). Portal de Información sobre el Coronavirus.

Situación Geográfica del Coronavirus. Recuperado de :

<https://coronavirus.tamaulipas.gob.mx/situacion-geografica-del-coronavirus/>

Tamayo, M. (2002). El proceso de la investigación científica. México: Limusa Noriega

Editores. Recuperado de :

<http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo-El%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf>

UNESCO (2020). CULTURA & COVID-19. Boletín No. 3. Recuperado de :

https://es.unesco.org/sites/default/files/issue_3_es_culture_covid-19_tracker-2.pdf

Zúñiga , M. (Julio de 2008). Influencia del enfoque sistémico en el trabajo social.

Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000309.pdf>



Diseño de un protocolo de cuidado para el manejo de ostomías

Ma. Guadalupe Interrial Guzmán⁶⁹

María Guadalupe Moreno Monsiváis⁷⁰

Gloria Estephany Dimas Sánchez⁷¹

Resumen

Introducción: Actualmente el sector salud pretende desarrollar y fortalecer protocolos de atención integral sustentados en la evidencia científica, con la finalidad de garantizar la calidad en los diferentes servicios de todas las instituciones sanitarias (Programa Sectorial de Salud, 2019-2024), un protocolo de cuidado prioritario es el manejo de ostomías. A nivel mundial, 1.3 millones de personas cuentan con alguna ostomía como ileostomía, colostomía o urostomía (Registered Nurses Association of Ontario, 2019). En México, no se dispone de un registro nacional actualizado del número de pacientes ostomizados; sin embargo, hay una alta prevalencia de procesos patológicos del sistema digestivo y urinario, que requieren de colostomía y urostomía, respectivamente (INEGI, 2018). Esta problemática afecta a un amplio sector productivo en el ámbito laboral, por ello es esencial diseñar un protocolo de cuidado que permita a los pacientes con ostomía lograr la recuperación; así como mejorar la calidad de vida para la reincorporación laboral y social.

Discusión Teórica: La metodología para la transferencia del conocimiento a la práctica es una herramienta que permite diseñar protocolos de cuidado (basados en evidencia científica) y estandarizar los procesos de atención. Incluye seis fases: sustento teórico, análisis del contexto, estandarización del proceso, estandarización de competencias profesionales, aplicación y vigilancia del proceso; así como medición de resultados (Moreno, Interrial & Olvera, 2015). En el presente trabajo se hace referencia al sustento teórico y a la estandarización del proceso como base para el diseño del protocolo de cuidado para el manejo

⁶⁹ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. mginterrial@hotmail.com

⁷⁰ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. mgnoreno@hotmail.com

⁷¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. gdimas1995@gmail.com



de pacientes con ostomía. El cual se debe implementar previo al alta y facilitar la transición al hogar para que el paciente realice su autocuidado.

Palabras clave: Protocolo, cuidado, manejo de ostomía

Introducción

Actualmente, las instituciones de salud carecen de un protocolo para el manejo de cuidados estandarizado, acorde a las demandas de cada servicio. El protocolo para el manejo de pacientes con ostomía no es la excepción, se requiere educar al paciente durante el preoperatorio y postoperatorio, para garantizar una continuidad en sus cuidados que favorecerán la disminución de reingresos hospitalarios por falta de educación. Al respecto, Berti-Hearn y Elliot (2018) mencionan que la reducción de estancia hospitalaria, la sobrecarga laboral del personal de enfermería y la ausencia de protocolos al egreso hospitalario, ocasionan carencia de conocimientos por parte del paciente y/o cuidador, reconociendo que la única información otorgada es sobre el vaciado y colocación de la bolsa de ostomía.

Por lo anterior, es importante comentar que el protocolo para el manejo de los cuidados desarrollado por el profesional de enfermería brindará herramientas al paciente acerca de los cuidados en el hogar, es una estrategia que debe implementarse en todos los pacientes; sin embargo, los pacientes con ostomías adquieren relevancia por la complejidad de su adaptación y evolución (Guía de Buenas Prácticas, 2019; Guía de Práctica Clínica (CENETEC), 2013). A nivel mundial se estima que 1.3 millones de personas cuentan con una ostomía (ileostomía, colostomía o urostomía); los norteamericanos constituyen gran parte de esa población registrando una prevalencia de 750,000 personas ostomizadas (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO, 2019]). En México, no se dispone de un registro actualizado del número de pacientes ostomizados a nivel nacional; sin embargo, existen datos que pueden ayudar a dimensionar la magnitud del problema (Stegensek, Morad, González, López & Sánchez, 2017).



El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reportó tasas de mortalidad por tumores malignos de 85,754 casos, sobresaliendo los de órganos digestivos con 27,455 casos (32%), seguidos de los de los órganos genitourinarios con 19,798 casos (23.1%). Cabe señalar que este grupo de pacientes corresponde a un amplio sector productivo en el ámbito laboral, por ello es esencial que se logre su recuperación, mejorando la calidad de vida para la reincorporación laboral y social. Por otro lado, Bare, Drain, Timko, Stallings, Smith, Ward, et al. (2017), argumentan que la tasa de complicaciones de ostomías se encuentra alrededor del 46% de los casos, ocasionando costosos reingresos hospitalarios, retraso en la recuperación y disminución de la calidad de vida.

Respecto a esta situación es relevante destacar la carencia de un protocolo de cuidados para el manejo de los pacientes con ostomía en el hospital público, específicamente en el área de cirugía general, donde se encuentra una gran cantidad de pacientes que fueron sometidos a cirugía por ostomías, y que carecen de información específica al momento del egreso hospitalario. Este plan de alta responderá a las necesidades específicas y características sociodemográficas de la población, adecuado con los recursos disponibles, el cual favorecerá al incremento en la calidad del servicio otorgado, disminuirá complicaciones y readmisiones hospitalarias. Por tal motivo, es indispensable capacitar al personal del servicio de cirugías para que cuente los conocimientos necesarios para educar a los pacientes, homologando la atención otorgada a los pacientes con ostomías (Bonill-de las Nieves, Capilla, Celdrán-Mañas, Morales-Asencio, Hernández-Zambrano & Hueso-Montoro, 2017).

Diversos organismos como el Consejo de Salubridad General (2018) y la Joint Commission International (JCI, 2016) establecen que el rol de educador por parte de enfermería en las instituciones hospitalarias es relevante; son los profesionales de la salud que deben proporcionar la educación necesaria que permita al paciente realizar su plan de cuidado recomendado para favorecer la recuperación oportuna y evitar complicaciones. Si bien en las instituciones de salud se debe otorgar la educación estandarizada a todos los pacientes destacan lo que presentan ostomía por la complejidad de su adaptación y evolución.



Antecedentes

Forsmo, Pfeffer, Rasdal, Sintonen, Körner y Erichsen (2016) observaron que en las instituciones hospitalarias se cuenta con un sistema tradicional de información para el cuidado del estoma y que el período de recuperación del paciente es largo; por lo tanto, implementaron un programa donde las responsables son las Enfermeras Especialistas en Estomatología; consiste en asesorar y educar a los pacientes sobre el manejo de estomas. Estos autores reportaron que esta intervención reduce la duración de la estancia hospitalaria, los reingresos, las complicaciones y promueve el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Estos autores concluyeron que la educación pre y postoperatoria sobre el estoma en un programa de recuperación mejorada se asocia con una estancia hospitalaria significativamente más corta.

Así mismo, Almendárez, Landeros, Hernández, Galarza y Guerrero (2015) diseñaron una intervención educativa de enfermería centrada en las prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados. La finalidad fue determinar el nivel de conocimientos previo y posterior a la intervención; durante la cual se proyectó una presentación al paciente (PowerPoint, versión 2010), en la que se abordó las prácticas de autocuidado que debía tener en cuanto a sus necesidades de alimentación y el cuidado de la ostomía. El enfoque fue interactivo; se estimuló al paciente a expresar dudas, sentimientos, así como aportes al contenido proyectado según sus experiencias; también se entregó al paciente un documento que apoyó la presentación proyectada. Los autores reportaron que el conocimiento incrementó de forma significativa, posterior a la intervención educativa de enfermería, argumentan que este hecho promueve la adaptación del paciente a su condición de salud y mejora su calidad de vida. Además, en el estudio se señala que los pacientes pudieron hacer un mejor cuidado de su otomía, pues identificaron inmediatamente, cuando se presentaron, las fugas en la bolsa recolectora y la dermatitis en la piel; lo que permitió implementar medidas oportunas.

Por su parte, Culha, Kosgeroglu y Bolluk (2016) evaluaron el efecto de la educación para el autocuidado de la salud de los pacientes con colostomías e ileostomías. La educación



consistió en darles a conocer la definición de estoma, las causas de la cirugía de estoma, los cambios de vida que los pacientes enfrentan después de cirugía de estoma, conductas generales, cuidado de las bolsas de estoma, cuidado de la piel periestomal, cuidado de los estomas, cuidado relacionado con la nutrición, hidratación y eliminación, apoyo psicológico y actividad física. Se reportó que cuando los pacientes reciben suficiente información sobre la enfermedad evidencian una alta capacidad de autocuidado.

Por otro lado, se enfatizó la importancia de otorgar educación al paciente posterior a su egreso hospitalario; por lo tanto, Zhang, Wong, You, Zheng, Li, Huang, Ye, Liang y Liu (2013) realizaron un estudio donde evaluaron el efecto del seguimiento telefónico realizado por una Enfermera Especialista en Enterostomía a pacientes con colostomía. Los autores reportaron que los participantes tuvieron una mejor aceptación de su ostomía, mayor autoeficacia del estoma, mayor satisfacción con la atención, y menos complicaciones de estoma en comparación con los pacientes que no se les hizo seguimiento telefónico.

Por su parte, Iraqi y Ahmadi, (2016) implementaron una intervención de asesoramiento telefónico con duración de tres meses; la finalidad fue verificar que los pacientes realizan adecuadamente el manejo de la ostomía para favorecer su calidad de vida; el personal de enfermería realizaba llamadas telefónicas a los pacientes una vez que fueron dados de alta. Cabe señalar que durante las llamadas telefónica se resolvían dudas sobre manejo de la ostomía (como reemplazar e instalar las bolsas de colostomía, cuidado de la piel, lavado de la ostomía, nutrición, tratamiento de la diarrea y constipación, olor, sexualidad, imagen corporal, entre otros aspectos).

Los autores concluyeron que el asesoramiento telefónico fue efectivo en los aspectos de calidad de vida del paciente, física, mental y social, ya que el contar con conocimientos del manejo de la ostomía y el recibir las llamadas telefónicas favoreció el empoderarse para realizar un cuidado adecuado, que permitía identificar signos de alarma y atenderlos oportunamente.



Sustento teórico para el diseño de un protocolo de cuidado para el manejo de ostomías

En el presente trabajo se considera como sustento teórico la metodología para la transferencia del conocimiento a la práctica (Moreno, Interrial & Olvera, 2015). Es importante destacar que es una herramienta que permite diseñar protocolos de cuidado (basados en evidencia científica) y estandarizar los procesos de atención. Incluye seis fases que se describen a continuación:

- 1) Sustento teórico: Implica realizar una exhaustiva revisión sistemática de la literatura disponible en torno a la temática. Consiste en identificar la evidencia teórica y empírica actualizada acerca del conocimiento y acorde a la innovación o mejora del protocolo que se pretende realizar. Se recomienda la revisión de los protocolos de atención, intervenciones efectivas y guías de práctica clínicas.
- 2) Análisis de la situación del servicio: En esta fase se realiza una observación y medición de la práctica habitual del proceso de atención seleccionado; la finalidad es identificar sus fortalezas, sus debilidades y sus limitaciones; evaluando el proceso como tal, los recursos que requiere, las políticas, las normas de atención, los formatos que se usan para documentar el proceso; entre otros aspectos. En este momento es crucial, considerar todo el conocimiento obtenido en la fase 1; para realizar la adaptación en el proceso de atención.
- 3) Estandarización del proceso: Consiste en definir el protocolo de atención, se requiere socializarlo e incorporar al personal en su estandarización para favorecer el cumplimiento del mismo. Durante esta fase se considera lo adquirido en el sustento teórico y el análisis de la situación del servicio; pues de acuerdo con ello se estandariza el protocolo enfatizando la mejora o innovación. Cabe señalar que es elemental asignar las tareas, responsabilidad, tiempos de respuesta; es decir, señalar puntualmente cómo se implementará la transferencia del conocimiento acorde al proceso seleccionado. Se recomienda utilizar flujogramas o guías que detallen paso a paso la realización del protocolo. La finalidad es estandarizar la atención.



- 4) Estandarización de competencias: Durante esta fase se implementa un programa de capacitación y entrenamiento dirigido a todo el personal participante en el protocolo de atención. Es fundamental, considerar que el éxito o fracaso de la implementación del mismo, depende del personal; por lo tanto, se debe asegurar que cuenta con una preparación adecuada; que sabe lo que debe realizar y conocer perfectamente todo el protocolo de cuidado.
- 5) Aplicación y vigilancia del proceso: Implica implementar el protocolo acorde al diseño establecido; así como, estar supervisando todo el proceso para identificar si el personal lo está realizando tal como se planeó o hay situaciones que lo dificultan. Cuando se lleva a cabo acorde a lo establecido, es esencial motivar al personal para que lo siga realizando de esa manera; si hay dificultades se debe analizar cada caso e implementar las correcciones o hacer lo propio según corresponda para que todo marche bien.
- 6) Medición de resultados: En esta fase se evalúa el cumplimiento de estándares establecidos; es prioritario analizar los resultados para de acuerdo a ello, plantear medidas que mejoren de forma permanente el proceso seleccionado. Se recomienda analizar los resultados de forma individual, por servicio, por áreas; acorde a los niveles de cada institución de salud donde se lleva a cabo. Por otro lado, es elemental medir los resultados en los pacientes para identificar aspectos importantes en el cuidado que se le otorga a fin de lograr una mejor recuperación y elevar su nivel de satisfacción.

Diseño del protocolo de cuidado para el manejo de pacientes con ostomía

De acuerdo con lo revisado en la fase sustento teórico donde fue necesario revisar ampliamente la literatura en torno a la temática, se localizaron guías específicas para el manejo del paciente con ostomía, se analizaron los hallazgos y se plantea el protocolo de cuidado (Guía de Buenas Prácticas, 2019; CENETEC, 2013). Respecto a la fase análisis de la situación de un servicio de un hospital público de Monterrey; Nuevo León se acude ala



institución y se observa el proceso de cuidado en los pacientes con ostomía; se identifican las áreas de oportunidad, limitaciones y fortalezas. Se encontró que sólo se daba mínima información al paciente durante el período posoperatorio y una vez que estaba dado de alta centrada en el cambio de bolsa de ostomía; por lo tanto, se identifica la necesidad de adaptar el protocolo de cuidado enfatizando la información en el período preoperatorio y posoperatorio, además de ampliar la información que se da al paciente para abarcar todos los aspectos requeridos para que pueda implementar un adecuado autocuidado.

Cabe señalar que se plantea el diseño del protocolo de cuidado para el manejo de pacientes con ostomía considerando que el beneficio principal es la estandarización de este proceso de cuidado; se pretende mejorar la atención en este grupo de pacientes a fin de favorecer la reducción de complicaciones, reingresos y costos en la atención médica; así mismo, a nivel institucional reducir los costos por reingresos hospitalarios de pacientes que no ejecutan un manejo adecuado de la ostomía; además, le permite al personal de Enfermería contar con un protocolo para la educación del manejo de los pacientes con ostomía; el cual destaca un rol proactivo en el equipo de salud que atiende a este grupo de pacientes. Es importante destacar que se diseñaron materiales específicos para la educación del paciente como dos manuales: uno para el facilitador dirigido al personal de enfermería, que detalla la manera de brindar la educación y otro para el paciente y/o cuidador primario que sirve de apoyo para la comprensión de toda la información que brinda el personal de enfermería; también se creó una infografía y se diseñaron trípticos que destacan los aspectos esenciales del cuidado de la ostomía. Además, se elaboró la lista de pasos para la educación y el manejo de los pacientes con ostomía.

Una vez diseñado el protocolo de cuidado para el manejo de pacientes con ostomía, se inició con la fase de estandarización del proceso. En la cual se identifica al paciente con ostomía; posteriormente se le brinda información de forma individual en dos sesiones con un tiempo no mayor a 20 minutos cada una; cabe señalar que se valora si el paciente puede recibir la información o hay necesidad de considerar al cuidador primario y acorde a ello se realiza lo propio. Un aspecto a resaltar es el hecho que el personal de enfermería debe brindar la educación tal como está descrita en el manual del facilitador haciendo uso del manual del



paciente, la infografía y los trípticos. En la primera sesión se destaca la identificación de características del estoma, el manejo de la bolsa de ostomía, la limpieza e higiene del estoma, medicación, nutrición (para saber que alimentos debe consumir y cuáles evitar o disminuir en su ingesta) y signos de infección. En la segunda sesión se verifica que el paciente haga el manejo de su ostomía para identificar si comprendió la información; para aclarar dudas y garantizar que el paciente está preparado para egresar y hacer un manejo adecuado de su ostomía en el hogar. Se recomienda evaluar los conocimientos adquiridos por el paciente y analizar los resultados para implementar medidas oportunas.

Para la fase de estandarización de competencias se realizaron tres sesiones y se implementó un taller para capacitar al personal respecto al protocolo de cuidado para el manejo de ostomías. En la primera sesión educación sobre el protocolo para el manejo de los pacientes con ostomía se hizo una presentación en Power Point, donde el enfermero podía identificar el concepto de estoma y ostomía, así como la clasificación del mismo, por otro lado, se le dieron a conocer las cifras estadísticas a nivel mundial sobre esta condición, así como el impacto que tiene el brindar educación al paciente con ostomía. Cabe señalar que se le cuestionó al personal respecto a las preguntas más frecuentes que realiza el paciente ostomizado acerca de sus cuidados. Así mismo, se le informó al personal de enfermería sobre el uso de la herramienta lista de pasos para la educación y el manejo de los pacientes con ostomía; además, del manual del facilitador. Además, se presentó a los enfermeros los materiales disponibles para la educación. En la segunda sesión a través de una presentación en Power Point, se mostró a los enfermeros como abordar a un paciente con ostomía considerando el período preoperatorio. Cabe resaltar que se instruyó a los enfermeros para que aborden temáticas específicas con los pacientes, como sexualidad, significado de ostomía, ubicación de la misma, así como las características que presentará el estoma y por último prepararlo para el quirófano. Además, se les mostró como deben usar los trípticos e infografías para educar a los pacientes con ostomía.

En la tercera sesión se abordó lo referente a los beneficios de la educación al paciente sobre el manejo de la ostomía, se les enfatizó la importancia del manejo de ostomía en el período postoperatorio, se explicó ampliamente respecto al cuidado de la piel, higiene, retiro,



aplicación y vaciado de la bolsa. Cabe destacar que se observó el dominio del protocolo de acuerdo al manual de estandarización del facilitador.

Con relación al taller para capacitar al personal respecto al protocolo de cuidado para el manejo de ostomías, este se realizó de forma presencial en el Centro de Evaluación y Adiestramiento Médico Quirúrgico del Hospital Público donde se implementó el protocolo, con maniqués proporcionados por la institución, para capacitar al personal en el manejo de pacientes ostomizados. Durante la sesión primeramente se explicó la dinámica que se llevaría a cabo durante el taller. Primero, se mostró cómo otorgar la educación al paciente durante la fase preoperatoria y la postoperatoria, haciendo uso del manual y de los trípticos e infografías, así como de la correcta forma de acercarse al paciente, logrando tener una evaluación del paciente asegurando que la educación otorgada fue comprendida. Posteriormente, se expuso la forma correcta de vaciar, cambiar y colocar la bolsa de ostomía, cuidando la homologación de la atención, también se mostró la forma adecuada de mantener la higiene del estoma y de la piel periestomal. Una vez que el personal había visto cómo implementar el protocolo de cuidado para el manejo de la ostomía, se formaron equipos de tres personas y realizaron como ejercicio todos los procedimientos que se habían explicado previamente; así mismo, se verificó la comprensión de los procedimientos para llevar a cabo el protocolo. Por último, se dio retroalimentación a cada enfermero y se hizo el cierre del taller. Se agradeció a todo el personal por su participación en la capacitación y al personal directivos por todo el apoyo de la institución.

Respecto a la fase de aplicación y vigilancia del proceso, el personal de Enfermería implementó el protocolo tal como estaba estipulado, utilizó los materiales adecuadamente y aclaró las dudas correspondientes a los pacientes con ostomía, tanto en el período preoperatorio como en el postoperatorio. Se estuvo motivando al personal de Enfermería para que continuara con la aplicación del protocolo, se observó que los pacientes estaban empoderados para el cuidado de la ostomía posterior al egreso hospitalario. En todos los casos se dio la información a los pacientes; algunos familiares/cuidadores primarios se involucraron en la capacitación.



En cuanto a la fase de medición de resultados, se evaluó el nivel de conocimientos del personal de enfermería previo y posterior a la capacitación; así mismo, el conocimiento del paciente respecto al manejo de la ostomía y el apego del personal de Enfermería al protocolo de cuidado para el manejo de la ostomía. Se encontró que el personal de enfermería incrementó sus conocimientos; la educación que brindó a los pacientes fue apegada al protocolo; así mismo, el paciente adquirió conocimientos para el manejo de su ostomía posterior a su egreso hospitalario.

Discusión

El hecho de implementar estrategias que mejoren el proceso de cuidado de pacientes con ostomía permite mejorar los resultados en los pacientes. Al respecto, Forsmo et al. (2016), afirman que la implementación de un protocolo de cuidado centrado en la recuperación temprana de los pacientes con ostomía dirigido por personal de Enfermería capacitado para ello favorece la reducción de la estancia hospitalaria, de los reingresos, de las complicaciones y mejora la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. Además, recomiendan otorgar al menos dos sesiones educativas, una en el período preoperatorio y otra en el posoperatorio; donde deben utilizar materiales que hagan mejor difusión de la información como folletos.

Por su parte, Iraqi y Ahmadi, (2016) han reportado que la implementación de un asesoramiento telefónico por enfermeras en pacientes con colostomía permanente es efectivo; la principal ventaja corresponde a otorgar atención al paciente una vez que está en su domicilio haciendo el cuidado de su estoma; durante las llamadas telefónicas programadas se aclaran dudas respecto sobre el manejo de la ostomía, cómo reemplazar y hacer el cambio de bolsas de colostomía, cuidados de la piel, lavado de la ostomía, nutrición, tratamiento de la diarrea, constipación, olor, sexualidad, imagen corporal, entre otros aspectos. Los autores reportaron que el asesoramiento telefónico es significativamente efectivo en diferentes aspectos de la calidad de vida del pacientes destacan la física, mental y social; así mismo, favorece la mejora en la salud de los pacientes con colostomía. Así mismo, Zhang et al.



(2013) argumentan que, para un mejor resultado, el asesoramiento telefónico se debe implementar con tres llamadas programadas: la primera dentro de 3 a 7 días después del alta; la segunda dentro de 14 a 20 días después del alta y la tercera llamada en los días 23 a 27 después del alta. Los autores señalaron que con estas llamadas se puede asegurar que el paciente realiza un adecuado cuidado de su estoma; además, se pueden identificar oportunamente las complicaciones entre las que destacan la irritación de la piel, la retracción estomacal, y estenosis estomacal. Estos autores concluyeron que el asesoramiento telefónico programado permite mayor autoeficacia del estoma, mayor satisfacción con la atención, y menos complicaciones.

Conclusiones

La metodología para la transferencia del conocimiento a la práctica es una herramienta que permitió diseñar, implementar y evaluar un protocolo de cuidado (basado en evidencia científica) que facilitó estandarizar el proceso de atención para el manejo de pacientes con ostomía. El diseño del protocolo de cuidado para el manejo de pacientes con ostomía responde a las necesidades de información que requiere el paciente para su cuidado en el hogar previo al alta hospitalaria.

Se logró promover la estandarización de la educación y manejo de los cuidados pre y postoperatorios basado en las evidencias de buenas prácticas para pacientes con ostomía; así mismo, se mejoró el cumplimiento del proceso para el manejo de los cuidados pre y postoperatorios en pacientes con ostomía. Otro logro fue incrementar los conocimientos y habilidades del personal de enfermería con respecto al manejo de los cuidados en pacientes ostomizados.

Se pretende seguir investigando al respecto y como continuación del estudio diseñar la tecnología en salud necesaria para facilitar la implementación del protocolo que tiene como finalidad probar su factibilidad y su eficacia. Es prioritario que un miembro de la familia reciba información sobre los cuidados y que los pacientes estén preparados física y emocionalmente para el egreso.



Estos hallazgos son relevantes, es fundamental establecer políticas dirigidas a garantizar a todos los pacientes con enfermedades crónicas una educación y aseguramiento de la preparación para el egreso que favorezca un rol proactivo del paciente en su autocuidado.

La intervención de educación sobre manejo de los cuidados de la ostomía resulta ser efectiva y posiblemente rentable para la institución hospitalaria. Además, el proporcionar información utilizando los manuales dirigidos al facilitador y al paciente; así como una lista de pasos que muestre la pautas de cómo brindar la educación y sirvan de guía rápida para el personal de enfermería puede llegar a mejorar efectivamente los resultados de los pacientes y ayudarlos a mantener un grado de bienestar, eso sin mencionar la disminución de costos por reingresos hospitalarios que se verían disminuidos por la aplicación del protocolo.



Referencias

- Almendárez, J., Landeros, M., Hernández, M., Galarza, Y., & Guerrero, M. (2015). Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 23(2), 91-98.
- Bare, K., Drain, J., Timko, M., Stallings, B., Smith, K., Ward, N., & Wright, S. (2017). Implementation of an evidence-based and content validated standardized ostomy algorithm tool in home care: A quality improvement project. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 44(3), 262-266.
- Berti-Hearn, L. & Elliot, B. (2018). A resource guide to improve nursing care and transition to self-care for patients with ostomies. *Home Healthc Now*, 36(1), 43-49. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000643>
- Bonill-de las Nieves, C., Capilla, C., Celdrán-Mañas, M., Morales-Asencio, J., Hernández-Zambrano, S., & Hueso-Montoro, C. (2017). Ostomy patients' perception of the health care received. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25, e29-61. <https://doi.org/10.1590/15188345.2059.2961>
- Consejo de Salubridad General (2018). Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales 2018. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
- Culha, I., Kosgeroglu, N., & Bolluk, O. (2016). Effectiveness of self-care education on patients with stomas. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 70-76. <https://doi.org/10.9790/1959-05217076>
- Forsmo, H., Pfeffer, F., Rasdal, A., Sintonen, H., Körner, H., & Erichsen, C. (2016). Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 36(1), 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.10.031>



- Guía de Buenas Prácticas, (2019). Apoyo a adultos que viven con una ostomía.
https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/03/D0005_Apoyo-Adulto-ostomia_2019.pdf?fbclid=IwAR1YVhoIhsTAsyj8bUWZH8yU26nS1oX5Tw3ik804b_BvqQ71NxgrZvoQIU
- Guía de Práctica Clínica (CENETEC). (2013). Estomas de eliminación del tubo digestivo.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaetro/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeelimincaion/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeeliminacionrr.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2018.
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Iraqi, M. & Ahmadi, Z. (2016). Effect of telephone counselling (Telenursing) on the quality of life of the patients with colostomy. *Journal of Client Centered Nursing Care*, 2(2), 123-130. <https://doi.org/10.32598/jccnc.2.2.123>
- Joint Commission International (2016). The Joint Commission Journal on quality and patient safety. Jcrinc website: https://www.jcrinc.com/the-joint-commissionjournal-on-quality-and-patientsafety/?_ga=2.85409625.1172745660.1548274615-78487638.1548274615
- Moreno, M., Interrial, M. y Olvera, M. (2015). Metodología para transferir el conocimiento a la práctica clínica. En *Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio. Gestión de Enfermería*. Editorial Manual Moderno. México, D.F.
- Registered Nurses Association of Ontario (2019). Supporting adults who anticipated or live with an ostomy. Best practice guideline. Second Edition. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/OSTOMY_FINAL_WEB_Updated_July_5.pdf
- Stegensek-Mejía, E., Morad-Robles, Y., González-Mier, M., López-Hernández, B., & Sánchez-Ojeda, E., (2017). Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención



Políticas Sociales Sectoriales:

CAMBIOS Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES ANTE LOS ESCENARIOS GLOBALES



especializado, México 2016. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 235-242.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.003>

Zhang, J., Wong, F., You, L., Zheng, M., Li, Q., Huang, M., Ye, X., Liang M., & Liu, J. (2013). Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nursing*, 36(6), 419-429. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31826fc8eb>.