

Año 6, No. 6
Agosto 2019 - Julio 2020



POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

SALUD

Conocimiento y aplicación de las precauciones estándar del personal de enfermería de un hospital público

Leticia Vázquez Arreola¹³²

Sofía Guadalupe Medina Ortiz¹³³

Ma. Guadalupe Interrial Guzmán¹³⁴

María Guadalupe Moreno Monsiváis¹³⁵

Introducción: En México, las características de la práctica de profesionales de la salud, se asocian con alto riesgo de infecciones nosocomiales. Es primordial, que el personal de enfermería conozca y aplique las precauciones estándar, a fin de resguardar su integridad física y proteger la seguridad del paciente.

Objetivo: Identificar el conocimiento y aplicación de precauciones estándar e higiene de lavado de manos por el personal de enfermería.

Métodos y materiales: Diseño descriptivo y transversal; muestra 108 enfermeras; turnos matutino, vespertino y plan piloto; categoría técnico, enfermera general, licenciada en enfermería de base y eventual; servicios pediatría, cirugía general, traumatología, medicina interna I y II. Aplicaron tres cédulas; conocimiento y aplicación de precauciones estándar e higiene de lavado de manos. Conocimiento fue auto-aplicable al personal de enfermería y aplicación e higiene de lavado de manos se llevó a cabo a través de estudio de sombra. Este estudio se apegó al reglamento de Ley General de Salud en aspectos éticos de investigación en seres humanos.

Resultados: Media de edad 24.40 ($DE=7.68$). Antigüedad 1 a 22 años, media 3.76 ($DE=3.76$), sexo femenino 72.2%, categoría técnico en enfermería 49.1%, turno plan piloto 48.1%. Mayor conocimiento, lavado de manos previene infecciones de paciente a paciente 97.2% y menor, lavado de manos no es necesario en diferentes procedimientos, mismo paciente 32.4%. Mayor aplicación, elimina desechos contaminados con reglamentos locales

¹³² Facultad de Enfermería, UANL. Correo: levazque23@hotmail.com

¹³³ Facultad de Enfermería, UANL. Correo: ogpe_06@hotmail.com

¹³⁴ Facultad de Enfermería, UANL. Correo: mginterrial@hotmail.com

¹³⁵ Facultad de Enfermería, UANL. Correo: mgnoreno@hotmail.com

46.3% y menor, utiliza bata para proteger piel y evitar ensuciarse la ropa durante actividades 68.5%. Mayor aplicación en higiene y lavado de manos, se frota manos entre sí con dedos entrelazados 46.3% y menor, cantidad suficiente de jabón y alcohol gel 64.8%.

Conclusiones: Estos resultados permitirán establecer proyectos de mejora, para fortalecer la aplicación de precauciones estándar e higiene de lavado de manos y reforzar áreas de riesgo del personal de enfermería y de pacientes hospitalizados.

Palabras clave: Precauciones estándar, personal, enfermería, hospital.

Introducción

Las infecciones nosocomiales (IN) a nivel mundial, son la causa de que 1.4 millones de personas en el mundo contraen infecciones durante su estancia hospitalaria (OMS, 2017). Las IN, pueden aparecer como consecuencia directa de la atención médica y se definen como aquellas que no estaban presentes, o en período de incubación al momento en el que el paciente ingresa al hospital, incluyendo aquellas que por su período de incubación. Se manifiestan posteriores al alta del mismo (Nordase-Hernández, 2002). Entre un 5% y un 10% de las personas que ingresan a los hospitales, en los países en desarrollo, están en riesgo de contraer infecciones relacionadas con la atención de salud, este riesgo es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados y la proporción de pacientes afectados, puede superar el 25% (OMS, 2017).

En Estados Unidos, uno de cada 136 pacientes hospitalizados, se enferman gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80,000 muertes al año. El costo aproximado de las complicaciones derivadas de estas infecciones, es de entre 4.5 a 5.7 millones de dólares. En Inglaterra, es importante señalar, que más de 100,000 casos de estas mismas infecciones, provocan cada año, más de 5,000 muertes de pacientes (OMS, 2017).

En México, la proporción de infecciones nosocomiales es de 10% a 15 % en hospitales de segundo nivel, el impacto más importante, es que cada año mueren entre 30,000 y 45,000 pacientes por infecciones nosocomiales (Ponce-De León, Rangel-Frausto, Romero-

Olivares y Huerta-Jiménez, 1999; Ángeles-Garay, Velázquez-Chávez, Anaya-Flores, Valencia-Martínez y López-Guerrero, 2005).

Las características de la práctica de los profesionales de la salud en la actualidad, se asocian con un alto riesgo de IN, el factor más importante en la propagación de patógenos nosocomiales, es la contaminación de las manos del personal (transmisión por contacto), aunado al compromiso inmunológico de los pacientes, que son sometidos a diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que los hace más vulnerables de contraer infecciones; sobre todo cuando no se realizan “buenas prácticas clínicas” (Brenner, Buggedo, Calleja, Del Valle, Fica, Gómez et al. 2003).

En la actualidad, existe un renovado sentido de vigilancia, acerca de lo que el personal de enfermería debe conocer y practicar para protegerse y, de este modo minimizar o evitar los riesgos de contaminación en el lugar donde se desempeña. Siendo primordial, que el profesional de enfermería conozca y utilice de manera adecuada, las normas de bioseguridad entre ellas: las precauciones estándar. A fin de resguardar su integridad física y proteger de igual manera, a los pacientes que atiende (Arangú, Coronado, G, Coronado, M. y De Santiago, 2011).

Las precauciones estándar, son las medidas que deben aplicarse a todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico, a fin de minimizar el riesgo de transmisión, de cualquier tipo de microorganismo del paciente al trabajador de la salud y viceversa. Además, tienen por objeto, reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos, transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes, de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. Esto es, que las precauciones estándar, son las precauciones básicas, que se deben de utilizar para el control de las infecciones de los pacientes, cuando le brindan atención de enfermería (OMS, 2007).

Respecto a los estudios que se han realizado en las precauciones estándar, en Colombia, en una institución hospitalaria se identificó que el personal de enfermería, tiene un conocimiento regular en las medidas de bioseguridad y una aplicación deficiente frente a éstas. Además, identificaron que las principales normas de bioseguridad, como métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los elementos corto punzante y lavado de manos entre otras, no están siendo aplicadas correctamente por

el personal de enfermería, convirtiéndose ésta situación, en un factor de riesgo para que presenten un accidente laboral (Bautista et al., 2013).

Otros autores, identificaron que la mayoría del personal de enfermería, cuenta con información y conocimientos de los riesgos biológicos en su desempeño profesional. Además, que no aplica las precauciones estándar, para evitar el contagio de enfermedades infecto-contagiosas, a las que puede tener contacto con la asistencia continua a los pacientes. Solo utiliza los guantes durante los procedimientos donde haya mayor riesgo, más no el uso de gafas y cubrebocas. Y a pesar de la disposición de contenedores para el manejo y de deshecho de material con RPBI, se continúa con el re-encapuchando las agujas produciendo un alto índice de accidentes por punción, ya que durante la administración de medicamentos es mayor la incidencia Fang-Huerta *et al.* (2014).

Por lo anteriormente descrito, el propósito del presente estudio, fue identificar el conocimiento y la aplicación de las precauciones estándar, e higiene de lavado de manos por el personal de enfermería, de un hospital público de tercer nivel de atención. Las precauciones estándar, son consideradas como un indicador en la evaluación de calidad de la atención de enfermería y es evaluado a través de la “Mejora de la calidad y seguridad del paciente” y representan parte del cuidado de enfermería.

El sustento teórico del presente estudio, se basó en el concepto de precauciones estándar que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, son las medidas que deben aplicarse a todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico, a fin de minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del paciente al trabajador de la salud y viceversa. Además, tienen por objetivo reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. Esto es, que las precauciones estándar son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar por el personal de enfermería, como mínimo en la atención de todos los pacientes (OMS, 2007).

Las precauciones estándar mínimas utilizadas cuando se brinda atención a todos los pacientes son: 1) higiene de manos, 2) equipo de protección personal y 3) políticas de salud. (higiene de manos, es considerada como un componente principal de las precauciones estándares, por la efectividad en la prevención de transmisión de agentes patógenos, asociados con la atención de salud, se considerará la técnica de los cinco momentos de lavado de manos

El uso de equipo de protección personal, debe basarse en la evolución de riesgos del grado del contacto previsto con sangre y fluidos orgánicos, o agentes patógenos, se incluyen: uso de guantas, bata, cubrebocas o mascarilla, goggles (lentes de protección), gorro, bata, mascarilla entre otras. El uso de guantes, se utiliza por el personal de salud, principalmente para reducir los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal y la transmisión de éstos al paciente; lo preferente es la utilización de guantes limpios y desechables (no estériles).

El uso de bata, se recomienda utilizar, cuando se realicen procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras, como característica que se debe de observar en la bata, es que se encuentre limpia, íntegra, de material que no genere estática, que esta cubra brazo y antebrazo y que abarque del cuello a la rodilla. Esto es con el fin, de que realmente esta protección sea eficaz, la bata debe ser colocada y retirada con la técnica que utiliza el personal de salud. Además, el uso de accesorios, como cubre bocas o mascarilla y goggles (lentes de seguridad), se recomienda durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras, de esta manera las mucosas conjuntivales, nasales y orales del personal de salud, se protegen de las secreciones de los pacientes como es, la sangre o fluidos corporales que pudieran estar infectados.

Otro elemento a considerar, es la política de salud, esta política promueve un clima de seguridad y desarrollo de políticas que facilitan la implementación de medidas para el control de infecciones, entre ellos se encuentra: 1) limpieza ambiental (desinfección de superficies del entorno y otras superficies que se tocan con frecuencia), 2) ropa blanca (manipula, transporta y procese la ropa blanca usada, de modo que se logre la prevención de exposiciones de la piel y membranas mucosas y la contaminación de la ropa), eliminación de desechos (asegura la eliminación de desechos con sangre, fluidos orgánicos y excreciones como desechos clínicos entre otros, que deberán tratarse de acuerdo a los reglamentos) y prevención de accidentes con objetos punzocortantes (es fundamental para la prevención de accidentes, contar con contenedores irrompibles e imperforables, donde se desechan agujas, hojas de bisturí, ampolletas de cristal entre otras).

Material y Métodos

El diseño del estudio según (Burns y Grove, 2012), fue considerado descriptivo y transversal. El diseño descriptivo permitió determinar y documentar los aspectos sobre el conocimiento y aplicación de las precauciones estándar, así como higiene de lavado de manos por el personal de enfermería. Y el diseño transversal se realizó en un tiempo determinado de tres meses de enero a abril de 2018. La población de estudio estuvo conformada por el personal de enfermería, ambos sexos, de una institución de salud pública de tercer nivel de atención. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, la muestra estuvo integrada por un total de 108 participantes. Se consideró como criterios de inclusión: los turnos matutino, vespertino y plan piloto, personal de enfermería de base o eventual, así como la categoría de técnico en enfermería, enfermera general y licenciado en enfermería, con al menos tres meses de laborar en los servicios de pediatría, cirugía general, traumatología, medicina interna I y II y que aceptaron la invitación de participar en este estudio de forma voluntaria.

Se utilizó una cédula de datos del personal de enfermería y tres cédulas para identificar el conocimiento y la aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos. La cédula de conocimiento de precauciones estándar (CCPE) fue de modo auto-aplicable al personal de enfermería y las cédulas de aplicación de precauciones estándar (CAPE) e higiene de lavado de manos (CHLM) se realizó a través de un estudio de sombra (El estudio de sombra, se consideró como un método para identificar la aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos del personal de enfermería).

Cada cédula se compone de 14, 19 y 16 reactivos respectivamente. La escala de respuesta es de tipo Likert, con un rango de mayor a menor donde: 5 = siempre; 4 = frecuentemente; 3 = de vez en cuando; 2 = rara vez y 1 = nunca. Para este estudio, en las tres cédulas, las opciones de respuesta se transformaron a una escala dicotómica, donde las opciones 5 y 4, se consideró que el personal de enfermería tiene mayor conocimiento y aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos, mientras que las opciones 3, 2 y 1, se consideró que el personal de enfermería tiene menor conocimiento y aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos.

Para la realización del presente estudio, se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo

León y con la autorización de la institución de salud participante. Una vez que se autorizó realizar el estudio, los investigadores se presentaron ante la jefatura de enseñanza de la institución de salud participante, para solicitar la plantilla del personal de enfermería. Posteriormente, se obtuvo la información requerida para la aplicación de los instrumentos. Se acudió con el personal de enfermería para invitarlos a participar en este estudio y se consideraron los criterios de inclusión antes mencionados. Al personal que aceptó participar, se les brindó una explicación clara y completa de la investigación y se les solicitó que leyeran y firmaran la Carta de Consentimiento Informado del Personal de Enfermería y enseguida, se les aplicó dos cédulas. La primera fue la cédula de datos del personal de enfermería y la segunda fue la cédula de conocimiento de las precauciones estándar, éstas fueron de modo auto-aplicable.

En este mismo contexto, se consideró el momento más apropiado para obtener la información y no se interfirió en las actividades del área y turnos mencionados. Además, se solicitó un área específica para la recolección de la información. El tiempo estimado para el llenado de las dos cédulas que se le aplicaron al personal de enfermería, fue en un tiempo estimado de 15 minutos. Asimismo, los investigadores de este estudio, llevaron a cabo un estudio de sombra, con el objetivo de evidenciar la aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos.

El estudio de sombra se realizó como un método, debido a que se tiene la oportunidad de identificar, la aplicación de las precauciones estándar e higiene del lavado de manos del personal de enfermería. Se solicitó la autorización a cada uno de los jefes de los servicios mencionados, una vez que se contó con la autorización, se le dio a conocer los detalles de la recolección de información y la importancia de la objetividad de los registros para lograr la confiabilidad de éstos. Asimismo, se cuidó en todo momento, la confidencialidad del personal de enfermería, relacionado al momento de revisar coincidencias o diferencias de respuestas con el instrumento de medición utilizado.

El sombreado se llevó a cabo durante el transcurso de los turnos antes mencionados, posterior a la aplicación de los instrumentos auto-aplicados al personal de enfermería. Esto permitió, que el personal no se sintiera observado y que pudieran cambiar su comportamiento que regularmente tienen durante su jornada laboral. Cabe mencionar que no se presentó ninguna inquietud que pudiera incomodar al personal de enfermería. Al finalizar de aplicar

los instrumentos y el estudio de sombra, se agradeció al personal de enfermería su participación en este estudio. Además, una vez terminado el estudio, se agradeció al jefe de enseñanza y jefes de piso que participaron en éste estudio y a la institución de salud participante por su colaboración.

El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud, 2014), en los siguientes apartados: En relación a lo establecido en el Artículo 13, se respetaron los derechos y se cuidó el bienestar del personal de enfermería, que participó en este estudio, así como su dignidad, por lo que se les brindó un trato serio durante el estudio, también se les explicó que tenían derecho a retirarse del estudio en el momento en que así lo decidieran, sin que afectara sus derechos laborales en la institución.

En relación al Título Segundo, Capítulo I, con respecto al Artículo 20, 21, Fracción I, VI, VII, VIII, Artículo 22, Fracciones I y II, el consentimiento informado consistió en un acuerdo por escrito, realizado por los investigadores y aprobado por la Comisión de Ética en Investigación y por la institución de salud participante, se indicó el nombre y dirección de dos testigos y la relación que tenían con el participante en la investigación, debiendo de ser firmado por los testigos y el participante. Fue necesario brindar información clara y suficiente al participante por parte del investigador, esta información incluyó el objetivo y procedimientos a realizar, además se le explicó al participante en este estudio, que tendría la libertad de retirarse en el momento en que lo deseara. También se le mencionó que los datos obtenidos se utilizarían en forma confidencial. Por seguridad no se identificó el nombre del participante o cualquier otro dato personal.

Con respecto al Capítulo II, Artículo 29, se contó con la autorización por escrito de la institución de salud participante, así como, del dictamen favorable de la comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En relación al Capítulo V, Artículo 57 y 58, Fracción I y II, donde se abordó la investigación en grupos subordinados, entendiéndose trabajadores de hospitales, los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio del personal participante, no se verán afectados en su situación laboral, se respetaron los hallazgos de los acontecimientos de la investigación, se guardó la confidencialidad de las personas involucradas con el anonimato.

La información se procesó en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 20.0 para Windows. Para dar respuesta al objetivo general, y las características de la población, se utilizó estadística descriptiva, tales como frecuencias, porcentajes. Para el análisis de los datos, se realizaron índices con valores de 0 a 100 y se consideró el total de las respuestas tipo Likert, siempre y casi siempre, donde a mayor puntaje mayor conocimiento, aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos. Y las respuestas tipo Likert, a veces, casi nunca y nunca, donde a menor puntaje, menor conocimiento, aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos.

Resultados

Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería

La edad del personal de enfermería correspondió a una media de 24.40 ($DE=7.68$). La antigüedad en el servicio actual fue un rango de 1 a 22 años con una media de 3.7 ($DE=3.76$). El sexo que predominó fue el femenino 72.2%. La categoría con mayor proporción de participantes fue técnico en enfermería 49.1%, seguido de enfermera general 29.6%. El turno que prevaleció fue el plan piloto 48.1%, seguido del vespertino 29.6%.

Conocimiento de las precauciones estándar del personal de enfermería

En la tabla 1 se muestra el conocimiento de las precauciones estándar por el personal de enfermería y se puede observar, que el mayor conocimiento fue en el criterio, lavado de manos previene infecciones de paciente a paciente 97.2%, seguido del criterio está usted enterado de las precauciones estándar 96.3%. Y el menor conocimiento fue en el criterio, el lavado de manos no es necesario en dos diferentes procedimientos al mismo paciente 32.4%, seguido del criterio, lavado de manos no es necesario al terminar las actividades 30.5%.

Tabla 1

Conocimiento de las precauciones estándar por el personal de enfermería

Criterios	Muy suficiente		Suficiente		Poco suficiente		Insuficiente		Nulo	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Lavado de manos previene infecciones de paciente a paciente	94	87.0	11	10.2	1	0.9	0	0	2	1.9
Está usted enterado de las precauciones estándar	85	78.7	19	17.6	2	1.9	0	0	2	1.9
Lavado de manos no es necesario en diferentes procedimientos al mismo paciente	56	51.9	17	15.7	7	6.5	4	3.7	24	22.2
Lavado de manos no es necesario al terminar las actividades	64	59.3	11	10.2	5	4.6	1	0.9	27	25.0

Fuente: Elaboración propia

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*=108

Aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos

En la tabla 2 se observa que el personal de enfermería, tiene mayor aplicación de las precauciones estándar en el criterio, elimina los desechos contaminados en conformidad con los reglamentos locales 46.3%, seguido del criterio, mantiene cuidado al manipular instrumentos o dispositivos afilados 42.5%. Y la menor aplicación de las precauciones estándar fue en el criterio, utiliza bata para proteger la piel y evitar ensuciarse la ropa durante las actividades 68.5%, seguido del criterio, lavado de manos antes y después de contacto con el paciente y entre pacientes, uso o no de guantes 67.6%.

Tabla 2

Aplicación de las precauciones estándar por el personal de enfermería

Criterios	Siempre		Casi Siempre		A veces		Casi Nunca		Nunca	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Elimina los desechos contaminados en conformidad con el reglamento local	22	20.4	28	25.9	30	27.8	16	14.8	12	11.1
Mantiene cuidado al manipular instrumentos o dispositivos afilados	25	23.1	21	19.4	34	31.5	15	13.9	13	12.0
Utiliza bata para proteger la piel y evitar ensuciarse la ropa durante actividades	18	16.7	16	14.8	39	36.1	19	17.6	16	14.8
Lavado de manos antes y después de contacto con el paciente y entre pacientes uso o no de guantes	19	17.6	16	14.8	31	28.7	22	20.4	20	18.5

Fuente: Elaboración propia

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*=108

En la tabla 3 se muestra que el personal de enfermería tiene mayor aplicación en la higiene de lavado de manos en el criterio, se frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados 46.3%, seguido del criterio, se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa 46.2%. Y tiene menor aplicación en la higiene de lavado de manos en el criterio, cantidad suficiente de jabón y alcohol gel 64.8%, seguido del criterio, cierra el grifo con sanitas 63%.

Tabla 3

Higiene de lavado de manos por el personal de enfermería

Criterios	Siempre		Casi Siempre		A veces		Casi Nunca		Nunca	
	(5)		(4)		(3)		(2)		(1)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Se frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	27	25.0	23	21.3	23	21.3	16	14.8	19	17.6
Se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	29	26.8	21	19.4	21	19.4	18	16.7	19	17.6
Cantidad suficiente de jabón y alcohol gel	20	18.5	18	16.7	39	36.1	22	20.4	9	8.3
Cierra el grifo con sanitas	20	18.5	20	18.5	34	31.5	15	13.9	19	17.6

Fuente: Elaboración propia

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*=108

Discusión

Los resultados del presente estudio, permitieron identificar el conocimiento y aplicación de las precauciones estándar, así como, la higiene de lavado de manos del personal de enfermería, las dos últimos de acuerdo a un estudio de sombra. En relación al conocimiento de las precauciones estándar por el personal de enfermería, en este estudio, el mayor conocimiento fue en el criterio, lavado de manos previene infecciones de paciente a paciente. Estos resultados coinciden con Bautista et al. (2013); Rodríguez y Saldaña (2013) y Huaman y Romero (2014), quienes refieren que el personal de enfermería cuenta con un conocimiento regular y medio de las precauciones estándar. Y el menor conocimiento fue en el criterio, el lavado de manos no es necesario en dos diferentes procedimientos al mismo paciente. Estos resultados coinciden con Álvarez y Benavides (2014); Bautista et al. (2013)

y difieren con lo reportado por Jurado, Solís y Soria (2014) esto puede atribuirse, a que la mayoría del personal de enfermería conoce la importancia del lavado de manos, siendo primordial que conozca y utilice de manera adecuada las precauciones estándar, a fin de resguardar su integridad física y proteger de igual manera a los pacientes que atiende.

Con respecto a la aplicación de las precauciones estándar, el personal de enfermería tiene mayor aplicación de las precauciones estándar en el criterio, elimina los desechos contaminados en conformidad con los reglamentos locales. Este resultado coincide con Chanquin (2015) y difiere con lo reportado por Bautista et al. (2013); Hurtado (2016) esto puede ser debido, a que las principales normas de bioseguridad entre ellas el manejo adecuado de los elementos corto punzante, no están siendo aplicadas correctamente por el personal de enfermería, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para que presenten un accidente laboral. Y la menor aplicación fue en el criterio, utiliza bata para proteger la piel y evitar ensuciarse la ropa durante las actividades, estos resultados coinciden con Urgiles (2015) quien refiere que el personal de enfermería no utiliza correctamente las prendas de protección y pueden tener riesgos biológicos.

Y en higiene de lavado de manos, la mayor aplicación fue en el criterio, se frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados, estos resultados son similares con lo reportado por Álvarez y Benavides (2014) y difieren con lo reportado por Bautista et al. (2013), esto puede ser atribuido, a que, en la institución de salud del estudio en comparación, haya un exceso de pacientes y falta de personal y esto incrementa el riesgo de infecciones. Y la menor aplicación, de la higiene de lavado de manos, fue en el criterio, cantidad suficiente de jabón y alcohol gel. Estos resultados coinciden con Álvarez y Benavides (2014) quienes mencionan que la aplicación de la técnica adecuada de lavado de manos, es deficiente por parte del personal de enfermería, esto puede ser debido a que los recursos son escasos y estos se atribuyen a los hospitales públicos.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio, permitieron identificar el conocimiento y aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos, del personal de enfermería en un hospital público de tercer nivel de atención. El mayor conocimiento en las precauciones estándar por el personal de enfermería, fue en el criterio, lavado de manos

previene infecciones de paciente a paciente y el menor conocimiento fue en el criterio, lavado de manos no es necesario en diferentes procedimientos.

La mayor aplicación de las precauciones estándar, por el personal de enfermería, fue en el criterio, elimina desechos contaminados con reglamentos locales. Y la menor aplicación de las precauciones estándar fue en el criterio, utiliza bata para proteger piel y evitar ensuciarse la ropa durante actividades. Y la mayor aplicación de higiene y lavado de manos por el personal de enfermería, fue en el criterio, se frota manos entre sí con dedos entrelazados. Y la menor aplicación de higiene y lavado de manos fue en el criterio, cantidad suficiente de jabón y alcohol gel.

Cabe señalar, que estos resultados no coinciden con lo referido por el personal de enfermería, en la cédula de conocimiento de las precauciones estándar, con lo observado a través de un estudio de sombra en la aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos. Esto significa que el personal de enfermería, si tiene el conocimiento en las precauciones estándar, sin embargo, no son aplicadas correctamente. Una de las causas, puede ser la falta de recursos en los insumos, como son: el jabón antiséptico, sanitas, gel antibacterial, guantes, cubrebocas, goggles y batas entre otros, mismos que no se proporcionan adecuadamente al personal de enfermería, por ser un hospital público.

Estos resultados, permitirán a los administradores de enfermería establecer proyectos de mejora, orientados a fortalecer la aplicación de las precauciones estándar e higiene de lavado de manos y reforzar áreas de riesgo, en la seguridad del personal de enfermería durante su jornada laboral y del paciente durante su hospitalización.

Referencias Bibliográficas:

- Álvarez, M. y Benavides, D. (2014). *Aplicación de las normas de bioseguridad en el cuidado de enfermería en pacientes que ingresan al área de infectología Hospital Vicente Corral Moscoso*. (Tesis de Pregrado). Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5092/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>.
- Ángeles-Garay, U., Velazquez-Chávez, Y., Anaya-Flores, VE., Valencia-Martínez, JC. y López-Guerrero, ME. (2005). Infecciones nosocomiales en un hospital de alta especialidad. Factores asociados a mortalidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 43(5): 381-391.
- Arangú, L., Coronado, G., Coronado, M. y De Santiago, L. (2011). *Normas de bioseguridad del personal de enfermería en prevención de infecciones nosocomiales unidad de medicina de hombres del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda*. (Tesis de Pregrado). Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela. Recuperado de:
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWY16DV4A732011.pdf>.
- Bautista, L., Delgado, C., Hernández, Z., Sanguino, F., Cuevas, M., Arias, Y... Mojica, I. (2013). Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 10(2): 127-135.
- Brenner, P., Buggedo, G., Calleja, D., Del Valle, G., Fica, A., Gómez M... Sutil, L. (2003). Prevención de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. *Revista Chilena de Infectología*, 20(1): 51-69.
- Burns, N. y Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería* (5ª ed.). España, Elsevier.
- Chanquin, V. (2015) *Conocimiento de las normas de bioseguridad por estudiantes de enfermería de las diferentes universidades que realizan práctica en el hospital regional de Quetzaltenango*. (Tesis de Pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Chanquin-Vilma.pdf>

- Fang-Huerta, M., Meléndez-Méndez, M., Garza-Hernández, R., Aguilera-Pérez, P., Aguilera-Pérez, A. y Ortega-López, R. (2014). Percepción del personal de enfermería sobre los riesgos biológicos. *Revista CONAMED*, 20 (1), págs. 12-16. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/47/172>.
- Huaman, D. y Romero, L. (2014). *Nivel de Conocimiento y practica de medidas de bioseguridad en las enfermeras de los servicios de medicina del hospital Belén de Trujillo*. (Tesis de Pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/270>.
- Hurtado, D. (2016) *Manejo de las normas de bioseguridad en el personal que labora en el hospital civil de Borbón*. (Tesis sin publicar). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas.
- Jurado, W., Solís, S. y Soria, C. (2014). Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el hospital Santa María del Socorro. *Enfermería a la vanguardia*, 2(1), 10-16.
- Nordase-Hernández, R. (2002). Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. *Revista Cubana de Medicina Militar* 31(3).
- Organización Mundial de la Salud (2017). Publica la lista de las bacterias para las que se necesitan emergentemente nuevos antibióticos. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/bacteria-antibiotics-needed/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). Precauciones estándar en la atención de la salud. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10_EPR_AM2_E7_SPAN_HR.pdf
- Ponce-De León, S., Rangel-Frausto, S., Romero-Olivares y Huertas-Jiménez, M. (1999). Infecciones Nosocomiales: Tendencias seculares de un programa de control en México. *Revista Salud Pública de México*. 41(1): S5-S11.
- Rodríguez, L. y Saldaña, T. (2013). *Conocimiento sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección de las enfermeras del departamento de neonatología*

hospital Belén de Trujillo. (Tesis de Pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. Recuperado de:

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/123456789/305>.

Secretaría de Salud (2014). Punto decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario oficial de la federación, 89-95.

Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/seach?q=cache:MkBcA-cOUJ:www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc+ycd=5yhl=esyct=clnkygl=mx.

Urgiles, Y. (2015). *Conocimientos y prácticas de bioseguridad aplicada por el personal enfermería del hospital Isidro Ayora de Loja*. (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Loja. Ecuador. Recuperado de:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11946/1/TESIS%20BIOSEGURIDAD-Yoselyn-Urgiles.pdf>

Salud mental y desarrollo humano: La complejidad en la práctica del Trabajo Social.

*Guadalupe Villalobos Monroy*¹³⁶

*Rene Pedroza Flores*¹³⁷

*Ana Ma. Reyes Fabela*¹³⁸

RESUMEN

Actualmente México se enfrenta a una serie de problemas económicos, políticos y sociales, consecuencia del modelo de desarrollo neoliberal caracterizado por la desigualdad e inequidad. Considerando este contexto, la salud mental de los grupos vulnerables se ve afectada por este tipo de acciones, ya que el acceso a los servicios para su bienestar es limitado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define a la salud mental como el estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, en donde puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El presente artículo se divide en cuatro apartados, en el primero se realiza la conceptualización del término salud mental; en el segundo se aborda el término desde la óptica del desarrollo humano; y el tercero se refiere a la intervención del trabajo social en la misma, tomando en cuenta el enfoque del pensamiento complejo. El documento finaliza con una serie de conclusiones.

PALABRAS CLAVE: salud mental, desarrollo humano, trabajo social.

¹³⁶ Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Contacto: luvimo127@hotmail.com

¹³⁷ Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Contacto: renebufi@yahoo.com.mx

¹³⁸ Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Contacto: anamar31@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018), refieren que 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Además, del porcentaje de personas afectadas solo una de cada cinco recibe tratamiento.

Durante el sexenio 2000-2006, el sistema de salud mental mexicano sufrió transformaciones, se propuso el cierre de los hospitales psiquiátricos asilares, caracterizados por infraestructura insuficiente, carencia de personal especializado y violación a los derechos humanos de los enfermos. Actualmente el Sistema de salud mental opera bajo el Modelo Hidalgo, el cual estipula una infraestructura integrada por villas de atención y casas de medio camino; estancias cortas y; sobre todo, trabaja por el respeto de los derechos humanos; lo anterior, con un equipo interdisciplinario especializado que brinde la atención necesaria.

Durante los últimos años, el tema sobre la salud mental ha cobrado relevancia debido a los cambios de vida de los habitantes, sobre todo de las grandes urbes (densidad de población, movilidad, estrés laboral, cambios socioeconómicos y políticos, entre otros), ya que éstos impactan de manera directa en la salud mental, y la no atención oportuna puede detonar en algún trastorno mental.

Esta investigación es una reflexión sobre la relación entre la salud mental, el desarrollo humano y la práctica del trabajo social, bajo la siguiente premisa: no hay desarrollo humano sin salud mental.

El trabajo social, como disciplina de las ciencias sociales y como profesión, cuyo objeto de intervención es la problemática social, está enfocado a intervenir con individuos, grupos y comunidades a partir de metodologías específicas para identificar necesidades y demandas sociales; priorizarlas e intervenir oportunamente para coadyuvar al bienestar y desarrollo humano de las personas.

Los trabajadores sociales deben tener claro que con respecto a la salud mental urge contar con una preparación académica con visión preventiva que permita promover –de manera general– la salud mental en los distintos campos de intervención profesional, de

forma particular en el ámbito psiquiátrico, en donde es fundamental una correcta intervención integral a través de la familia y las redes de apoyo.

La intervención puede ser primaria, cuyo enfoque es la prevención; o secundaria, que actúa a nivel rehabilitatorio; en ambos casos se tiene que emplear el modelo bio-psico-social, que toma en cuenta el contexto social de la persona; es decir, su familia y su comunidad, incluyendo aspectos individuales y socioculturales (creencias, costumbres, pensamientos y actitudes sobre la salud y la enfermedad mental), lo cual le da un sentido de integralidad, planteado desde la mirada del pensamiento complejo.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define a la salud mental como el “estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida [...], trabajar de forma productiva y fructífera y [ser] capaz de hacer una contribución a su comunidad” (pp. 14-25)

Leal (2002) la define como un estado dinámico de equilibrio psíquico, que permite a la persona encontrarse bien consigo misma y con los demás. Todo ello sin detrimento de los esfuerzos del individuo por superar dificultades, obstáculos y crisis, con el consiguiente sufrimiento psíquico y la natural vivencia de angustia.

En 1988 el Gobierno de Canadá la definió como:

la capacidad del individuo, del grupo y del entorno de interactuar el uno con el otro en forma que promuevan el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y de relación), el logro de las metas individuales y colectivas consistentes con la justicia y el arribo y la preservación de condiciones fundamentales de igualdad (citado en Tenorio y Hernández, 2005, p. 21).

Tomando en cuenta lo anterior, no existe una sola definición, pero sí hay una alternativa para definirla de acuerdo al enfoque, Restrepo y Jaramillo (2012) señalan algunos:

- Enfoque biomédico: considera que el aspecto mental se reduce a procesos biológicos, aspectos como la afectividad, la personalidad, los comportamientos y los propios

pensamientos, mismos que están determinados por causas físicas; es decir, por el funcionamiento del cerebro. Entonces, la salud mental queda reducida a la salud física, entendida como la ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico DSM IV TR. CIE-10.

Este enfoque identifica a la salud mental con enfermedad mental, considerando las investigaciones realizadas bajo la óptica de la salud mental, que abordan la epidemiología de los trastornos mentales; por tanto, la intervención se centra en la atención profesional de los trastornos mentales a partir de la farmacoterapia y en algunos casos de la terapia electroconvulsiva o cirugía.

- Enfoque comportamental (conducta y cognición): éste se vincula con lo que sucede en el entorno de las personas; a partir de la década de los setenta hubo cambios significativos en las pautas de morbilidad, ya que aumentó la prevalencia de padecimientos crónicos degenerativos, dejando atrás a las enfermedades infecciosas. La explicación tiene que ver con los estilos de vida y los factores de riesgo a los que se expone la población. Entonces, la salud se relaciona con los hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entiende como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo.

El enfoque comportamental se explica a partir de dos concepciones de la salud mental: la conductista y la cognitiva. La primera se refiere a los estímulos y las respuestas, a la formación e integración de hábitos que se pueden modificar, moldeando el comportamiento a partir de generar cambios en las condiciones ambientales que lo originan.

De acuerdo con esta idea, los trastornos mentales se deben a desajustes del hábito, por ello, su curación no significa eliminar la enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables.

Mientras que la concepción cognitiva se refiere a las estructuras y los procesos cognitivos, que tienen que ver con los pensamientos, comportamientos y sentimientos de las personas; cuando existe un trastorno mental es porque se distorsiona el pensamiento y se expresa en comportamientos irracionales o desajustados; por lo

tanto, la intervención se centra en educar e instruir para que los sujetos corrijan las formas de pensamiento desajustado que les permitan adaptarse a la sociedad.

- Enfoque socioeconómico: cobró auge en la década de los ochenta cuando empezó el interés por el análisis de las estructuras y los modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud. Lo mental se define como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia; de manera que, la salud mental se entiende en términos de derechos y desarrollo humano; la enfermedad mental es la expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales que enfrentan las poblaciones, las cuales requieren de una intervención centrada en los modos y las condiciones de vida, cuyo desarrollo se plantea desde una lógica horizontal que propicie entornos saludables y favorezcan la elección de condiciones de vida, además es intersectorial y pone énfasis en la promoción de la salud.

De modo que, definir el término salud mental no es fácil, sin embargo, no podemos entenderla como una cuestión individual, sino como una construcción social en donde confluyen aspectos sociales (costumbres, tradiciones e ideas que las masas tienen sobre los trastornos mentales); es así que, la salud mental de una comunidad

(...) está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñan de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura (Galende, 1997).

Desde el enfoque socioeconómico, la salud mental es el resultado de todas estas interacciones, cuyo fin es el bienestar dentro de un marco de respeto a los derechos humanos. La enfermedad mental es la expresión de las contradicciones sociales y condiciones socioeconómicas y el impacto que causan en las capacidades, los procesos cognitivos y de conducta de quien padece algún trastorno mental se ven reflejados en su relación familia y social, quienes constituyen las redes de apoyo para colaborar en el afrontamiento del trastorno o enfermedad mental.

El pensamiento complejo coincide con los planteamientos del enfoque socioeconómico y con el modelo bio-psico-social para el abordaje de salud mental porque la realidad es multidimensional, es decir, los fenómenos o problemas sociales se analizan a través de un panorama holístico integrador, Morin señala que el ser humano es a la vez biológico, psíquico, social, afectivo y racional. La sociedad se compone de dimensiones históricas, económicas, sociológicas, religiosas... (Morin, 1999)

SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO

La salud mental y el desarrollo humano se fundamentan en la siguiente premisa: no puede haber desarrollo sin salud mental, ya que ésta es pilar para el desarrollo humano, además de tener un carácter transversal; es decir, que impacta la vida en todos los aspectos.

El tema no aparecía en los Planes de desarrollo, fue hasta la primera década del siglo pasado cuando empezó a figurar, justamente cuando el desarrollo humano comenzó a impactar con temas de trastornos mentales, de ahí la importancia.

La salud mental es un elemento clave para el desarrollo humano y está contemplada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente en el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, de la agenda 2030.

Por su parte, la Organización de la Salud Mundial (OMS) la define en relación con la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), quien define al desarrollo como:

un proceso de expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa; conseguir las metas que se consideran valiosas y participar activamente en darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible en un planeta compartido (PNUD, 2010, p. 24).

En suma, el desarrollo humano y la salud mental tienen como propósito lograr el bienestar individual a partir del desarrollo de las capacidades de las personas; tanto las capacidades como el bienestar son concebidos de forma individual como sociocultural.

No obstante, en la realidad, la salud mental impacta de manera negativa al desarrollo humano, por ejemplo, cuando la salud mental de una persona se altera le cambia la vida, es objeto de discriminación, estigmatización y marginación, sus derechos humanos son violentados y su capacidad para tomar decisiones se pone en duda; de manera contundente se frena la posibilidad de expandir sus libertades y capacidades.

Recientemente, existen problemáticas en materia de salud mental, de ello dan cuenta los estudios realizados en diferentes países por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la OMS y demás organismos internacionales, por citar algunas cifras, entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante 2016. La OMS calcula que 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por guerras y desastres naturales (Benjet y Scott, 2016; Medina-Mora, 2007).

Desde la perspectiva económica, 15% de la carga económica mundial por enfermedad y 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales (OMS, 2011).

Para el caso de México, datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018) refieren que 17% de las personas en el mismo país presentan al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Hasta ahora, de las personas afectadas, solo una de cada cinco recibe tratamiento.

Considerando este contexto, la salud mental de los grupos vulnerables (familias en condición de pobreza, adultos mayores, migrantes, entre otros) se ve afectada por este tipo de acciones, ya que los servicios para su bienestar son de difícil acceso.

A pesar de los esfuerzos realizados en la materia, aún hay deficiencia de presupuesto para la salud en México, ya que solo se destina alrededor de 2% a la salud mental, cuando la OMS (2013) recomienda que se invierta entre 5% y 10%. Estos datos muestran que la salud

mental está siendo afectada; por ello, debe atenderse oportunamente para evitar el aumento de los trastornos mentales.

La dinámica de la sociedad y las comunidades juega un papel importante en la preservación o deterioro de la salud mental a partir de factores de protección y de riesgo, como se explica a continuación:

Tabla 1. Determinantes sociales y ambientales de la salud mental

Factores Protectores	Factores de Riesgo
<p>Personales: alimentación, apego familiar, habilidades sociales, valores, autoestima.</p> <p>Familiares: padres apoyadores, armonía familiar, familia estable, comunicación afectiva, expresión emocional.</p> <p>Escolares: sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, colaboración y apoyo, reglas escolares contra la violencia.</p>	<p>Personales: componentes genéticos, daño cerebral prenatal, desnutrición, discapacidad física, habilidades sociales deficientes, baja autoestima, uso de sustancias.</p> <p>Familiares: madre adolescente, padre o madre solteros, violencia familiar, negligencia con el cuidado del niño, rechazo, desempleo de los padres.</p> <p>Escolares: peleas/riñas, carencia de afecto en la escuela, manejo inadecuado de conducta, deserción escolar, falta de expectativas.</p>
Factores Protectores	Factores de Riesgo
<p>Sociales: relación cercana con una persona significativa, apoyo en momentos críticos, seguridad económica, vivienda digna, buena salud física, acceso al empleo.</p>	<p>Sociales: desventaja socioeconómica, discriminación sociocultural, violencia y criminalidad en la zona habitacional, falta de lugares de recreo, aislamiento social.</p> <p>Eventos: abuso físico, sexual y emocional, falta de hogar, pobreza, accidentes de trabajo, guerra, desastres</p>

naturales, responsabilidad en el cuidado de un enfermo.

Fuente: Commonwealth Department of Health and Aged Care, National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, Australia (2000).

La información de esta tabla deja claro que los factores de riesgo influyen para la alteración de la salud mental, cada año se suicidan aproximadamente 800.000 personas, y por cada suicidio hay más de 20 personas que lo han intentado; resulta importante mencionar que el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 29 años (OMS, 2004 y 2013b), cifras son preocupantes porque la mayoría de nuestra población forma parte de este grupo etario, razón por la cual se tiene que enfocar la atención en los jóvenes.

Los datos citados pretenden ser parte de una reflexión sobre la participación activa para darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible, lo cual se aleja de la realidad, ya que las personas con algún problema de salud mental son víctimas de violencia y del estigma social, pues repercute directamente en el desarrollo humano, ya que impacta en la percepción que tiene la sociedad sobre ellos.

Consecuentemente, las personas con problemas de salud mental enfrentan barreras, por ejemplo, en el acceso a la educación, a un empleo digno o servicios de salud que les permita un buen nivel de vida, lo que los convierte en víctimas de discriminación y exclusión, debido a que los problemas de salud mental están relacionados con las tasas más altas de desempleo, mismas que se sitúan entre 70% y 90% (OMS, 2010).

Este contexto se concibe como grave porque la mayoría de los problemas de salud mental pueden prevenirse; no obstante, gran número de los afectados no recibe tratamiento; según la OMS (2011) en los países de ingresos bajos y medios, entre 75% y 85% de las personas no tienen acceso a ninguna forma de tratamiento en salud mental. (OMS, 2013b). Por ello, es necesario precisar que, quienes sí reciben tratamiento, no es el mejor, pues se carece de recursos humanos y financieros para la atención.

“En México hay 10 profesionales calificados por cada 100.000 habitantes, que se distribuyen de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1

psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud” (OMS, 2011).

Políticas, estrategias y mecanismos para la atención de la salud mental

Aunque la salud mental actualmente se reconoce como pilar para el desarrollo humano, no siempre se concibió así, en el 2000, durante la Declaración del Milenio de la ONU, se propusieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); sin embargo, entre ellos no figuró la salud mental. Y en 2001, debido a las cifras preocupantes con respecto a las alteraciones de la salud mental, la OMS señaló en su Informe que la salud mental había sido dejada de lado por mucho tiempo, a partir de este suceso se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental y desde 2008 se instruyó el 10 de octubre como el Día Mundial de la Salud Mental.

Aunado a esto, en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) se señala, dentro de su propósito, que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (s.f.).

De manera semejante, la OMS en su Informe 2010, Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable, propuso la inclusión de la salud mental en las Estrategias y Planes de desarrollo, exponiendo de manera detallada las particularidades por las que las personas que padecen alguna enfermedad mental deben ser consideradas como grupo vulnerable que no debe ser excluido de las oportunidades de desarrollo.

El plan de Acción en Salud Mental 2013-2020, planteó los siguientes objetivos:

1. Cobertura Universal: todas las personas con algún trastorno mental deben tener acceso a servicios que les permitan su recuperación.
2. Derechos humanos: la atención e intervención para la prevención, promoción y rehabilitación deben ser compatibles con los lineamientos de la Convención sobre

los Derechos de las Personas con Discapacidad y con los instrumentos regionales de derechos humanos.

3. Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones de prevención, tratamiento y promoción de la salud mental deben basarse en evidencias científicas y mejores prácticas.
4. Enfoque de ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental tienen que tomar en cuenta las necesidades de todas las etapas de la vida.
5. Enfoque multisectorial: se requiere trabajar conjuntamente los diferentes sectores (educativo; laboral; desarrollo social; justicia y; sector privado, si fuera necesario).
6. Empoderamiento de los pacientes: las personas con algún trastorno mental deben ser empoderadas para participar en grupos de defensa, cabildeo de políticas públicas, planeación, legislación, oferta de servicios, monitoreo, investigación y evaluación de programas.

El Informe sobre el desarrollo humano (PNUD, 2014), *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*, considera importante tomar conciencia acerca de la necesidad de atender a los grupos vulnerables, entre los que figuran las personas con algún problema de salud mental; por ello, es necesario establecer estrategias que no afecten al desarrollo humano, sino que ayuden a transformar las normas sociales y de la política pública, lo cual se traducirá en una mejora sostenida de las capacidades de los individuos y las sociedades; al mismo tiempo que apoyará el desarrollo de la resiliencia de las personas para afrontar las adversidades y con ello favorecer su adaptación.

En 2015 se llevó a cabo la Cumbre Especial para el Desarrollo sostenible, de la cual se derivó el Programa de desarrollo 2015-2030, donde se definieron los ODS; el Objetivo 3, referente a la salud, señala la importancia de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; sin embargo, de las 13 metas de éste, solamente una está destinada a la salud mental: “Para el año 2030 se deben reducir en un tercio las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles a través de su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”. Otra meta se enfoca a la prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

De forma particular, en México se ha instrumentado una serie de estrategias para la atención de la salud mental, entre ellas:

- En el sexenio 2000-2006 se diseñó y aprobó el Programa de Acción Salud Mental, cuyos principales objetivos fueron: crear una Red Nacional de unidades médicas, diseñar nuevos modelos de atención y establecer enlaces y sistemas de referencias entre las distintas instituciones dedicadas a la atención de la salud mental. La estrategia general tomó como base el Modelo aplicado en Hidalgo, a partir de villas de atención y casas de medio camino, eliminando así el sistema de asilos o granjas (Cruz, 2002).
- El sistema de salud mental estaba compuesto por 28 hospitales, de los cuales solo cinco se encuentran en buenas condiciones, según Guido Belzaso (citado en Cruz, 2002), comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, señaló que de los 4 600 pacientes internados en los hospitales, alrededor de 2 000 representaban una carga para el Estado, pues han sido abandonados por sus familiares (llevan entre 15 y 20 años asilados y su estado es de una difícil recuperación); aunado a esto, no se cuenta con el personal suficiente para brindarles una atención humana y de calidad.
- Debido a esto, se inició la transformación del Sistema de salud mental, y durante el sexenio 2000-2006 se decidió cerrar 18 de los 28 hospitales psiquiátricos dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pues se declaró que se convertirían en hospitales de corta estancia y villas de transición, dos de las principales estructuras del nuevo sistema terapéutico denominado Modelo Hidalgo. Para dar sustento jurídico a esta transformación fue necesario reformar la Ley General de Salud, con el fin de incluir la atención de personas con padecimientos mentales a través de los servicios de salud general y especializados de atención ambulatoria y hospitalaria, cuya finalidad fuera la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la reintegración social de las personas con padecimiento mental, mismas que deben recibir un trato humano y digno.

El nuevo sistema debe disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización. Por el contrario, gira en torno a los siguientes ejes:

- Prevención: se lleva a cabo por medio de la difusión de información sobre salud mental y el diagnóstico oportuno que se otorga a los usuarios en los Centros de Salud.
- Hospitalización: comprende la atención integral al usuario para lograr su rehabilitación y pasar al siguiente nivel, a través de la Unidad de Psiquiatría en Hospital General con comité ciudadano o bien la Villa de Transición Hospitalaria, según sea el caso.
- Reintegración social: cuya base es el establecimiento de estructuras dentro de la comunidad que apoyan al usuario en su reintegración social, a través de casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Talleres protegidos, Cooperativas Mixtas, Clubes Sociales, etcétera (Sandoval y Richard, 2005).

- En 2004 se reformaron los artículos 76 y 421 de la Ley General de Salud que se refieren al derecho de los pacientes y familiares a ser debidamente informados sobre los padecimientos mentales (Sandoval y Richard, 2005), datos que deben ser suficiente en cantidad y calidad, sobre todo en lo referente a su tratamiento (riesgos, beneficios y pronóstico, así como los efectos adversos por el uso de fármacos).

También se debe informar sobre los beneficios y motivos del internamiento en una institución de salud mental, el cual debe ser de manera voluntaria, excepto en casos de ingreso forzoso por mandato judicial o urgencia, cuando la espera pudiera causar daños irreversibles o lesiones.

Para ello, se requiere la autorización de dos médicos para su permanencia en el hospital; además, se debe respetar la autonomía, que consiste en tomar en cuenta las decisiones del paciente con respecto a su salud, debiendo tratarlos de manera justa e igualitaria, evitando así todo acto de discriminación y; para protección de ellos y del personal sanitario, se debe obtener el consentimiento informado de todos los pacientes o de sus familiares en caso de que ellos sean incapaces de decidir.

Estos principios se relacionan de manera directa con la Bioética; es decir, con la conciencia por parte del personal sanitario para no dañar al paciente, también debe estar presente la beneficencia ética, cuyo objetivo es hacer el bien.

- El programa de Acción Específico de Salud Mental 2007-2012 informa de las enfermedades mentales más prevalentes de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas (2003), que mostró una tendencia similar a años previos al 2000 que no disponía de la instrumentación de programas específicos actualizados para su prevención y atención; por lo tanto, se presume que dichos programas se encuentran vigentes (Martínez, 2013) y están diseñados con base en los lineamientos del Programa Hidalgo.

Las estrategias para la salud mental del sexenio 2007-2012 fueron:

- La prevención del desarrollo de la enfermedad mental mediante la atención oportuna y el tratamiento adecuado.
 - El tratamiento ofrecido bajo un enfoque integral médico-psiquiátrico.
 - La rehabilitación psicosocial realizada mediante talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y banco de reforzadores (Martínez, 2013).
- El Programa de acción específico en salud mental 2013-2018 opera bajo los lineamientos del Modelo Hidalgo y plantea los siguientes objetivos:
 - Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica.
 - Formalizar la Red Especializada de Atención Psiquiátrica.
 - Acciones de prevención y educación de los trastornos mentales y sus factores de riesgo.
 - Impulsar la formación y capacitación de investigadores y especialistas.

Para que la atención de la salud mental se lleve a cabo se cuenta con un Marco jurídico y de planeación que, por motivos de espacio no se abordarán de manera específica en este trabajo, pero si se hará mención que se cuenta con Normas oficiales mexicanas que se relacionan con la salud mental; sin embargo, solo una se orienta concretamente a la salud mental, la NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, en la cual quedan definidas las actividades y estrategias a seguirse institucionalmente.

El intento del gobierno mexicano por llevar a cabo una transformación o reforma en materia de salud mental, toma en cuenta los acuerdos emanados de las instancias

internacionales como la OMS y el PNUD, principalmente, cambios que han quedado plasmados en leyes, programas, políticas y acciones concretas, pero en realidad aún no se logra apreciar un avance en la materia, sobre todo en el aspecto de prevención y reinserción social de las personas con algún problema mental, lo cual se observa a partir de expresiones ligadas con la violencia, lo que contribuye al deterioro de la salud mental no solo a nivel personal, sino también de las familias y la comunidad.

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

El campo de la salud mental, al igual que los otros campos de intervención del trabajo social, han surgido de una necesidad o de una problemática que requiere ser atendida, García (s.f.) señala que los campos de intervención nacen de imperativos sociales que plantean un tipo de práctica determinada. En este sentido, dichos imperativos sociales se originan de los obstáculos durante el proceso de producción y reproducción de la vida social; es decir, se desprenden de las contradicciones estructurales de la sociedad y se expresan a partir de problemas sociales.

Atender la problemática implica un saber especializado y un saber certificado, esto tiene que ver directamente con la formación profesional de los trabajadores sociales que ejercerán su profesión en el campo de la salud mental, debido a que dichos campos han sido nombrados como áreas de intervención, resulta necesario hacer una serie de precisiones.

Carballeda (2012b), con base en Bordiu, define el campo como un espacio donde confluye una serie de interacciones, éstas pueden ser de diferente orden: conflicto, colaboración o alianza. De esta manera, el sector salud, como campo, presenta también estas características, que llevadas a los espacios institucionales pueden ser entendidos como “escenarios de intervención”.

Es necesario aclarar que en dichos espacios institucionales se presentan algunas tensiones que hasta cierto punto son lógicas y esperadas, pero también hay que tomar en cuenta que éstas cuestionan aspectos como los distintos papeles que juegan los actores sociales, los componentes que integran los escenarios (lo simbólico de las instituciones, los

propios espacios y su distribución), así como las problemáticas y su relación con lo económico, social y político, incluyendo la historicidad (Carballeda 2012b).

García (s.f) coincide con Carballeda (2012b) en el sentido de que la intervención en las instituciones se rodea de tensiones porque el trabajo social establece circuitos de intermediación, específicamente se sitúa en el circuito de la distribución de recursos, lo cual implica disputa entre las clases sociales, el Estado y la sociedad civil, hecho que genera tensiones derivadas de la estructura, la organización y la administración de los recursos y satisfactores utilizados para la atención y el tratamiento de los problemas sociales, motivo de intervención por parte de trabajo social.

Por ello, las áreas de intervención son definidas con base en dicha estructura, organización y administración de los recursos, esto les da el carácter de ser específicas desde el punto de vista interno al campo. Son dos los elementos clave para el surgimiento de las áreas de intervención:

1. El mercado de trabajo: existe una demanda del ejercicio profesional por parte de las organizaciones establecidas formalmente, los problemas a atender están dados en relación con la razón de ser de las organizaciones; al ser reconocida por la sociedad, les da el carácter de áreas dominantes.
2. La demanda social: está dada como la representación de la dinámica económica, política y social; es decir, de acuerdo al desarrollo de la sociedad en su conjunto se estructura un campo de problemas que requieren ser atendidos por el trabajo social. Las demandas pueden ser potenciales porque existen, sin embargo, puede ser que no haya una instancia que las atienda, depende de la voluntad política y del reconocimiento de la problemática por parte de los profesionales del trabajo social, para que se configure un área de intervención.

Se consideran áreas alternativas cuando existe un esfuerzo de sectores del gremio, por incorporarlas dentro del campo profesional, aunque no estén legitimadas socialmente (García, s.f.).

Galeana (2009) realiza una aportación similar a la de García (s.f.), pero de manera más detallada porque se refiere a las funciones y acciones de una cada de las áreas:

1. Áreas tradicionales: atienden necesidades esenciales mediante el manejo de la metodología tradicional (caso, grupo, comunidad), pero incluye nuevas formas de intervención que hacen que las prácticas realizadas sean reconocidas y legitimadas. En este grupo se ubican la salud, la asistencia social, la educación, el desarrollo comunitario, la vivienda, la penitenciaria, la criminológica, entre otras; y es aquí donde existe el mayor número de trabajadores sociales.
2. Áreas potenciales: atienden problemas sociales que han estado latentes, pero no se han abordado en su totalidad; por ello, no se han difundido y sistematizado los procedimientos utilizados, razón por la cual, las prácticas realizadas no son reconocidas por la población y por los propios profesionales del trabajo social; en este grupo se ubican el urbanismo, el ámbito empresarial, la procuración e impartición de justicia, la capacitación y desarrollo de recursos humanos, etcétera.
3. Áreas emergentes: como su nombre lo indica, atienden problemas y grupos sociales que no se tienen previstos, surgen por coyunturas políticas y sociales por fenómenos o desastres naturales que se convierten en problemas prioritarios que deben ser atendidos con urgencia, debido a esto, no se cuenta con los marcos metodológicos suficientes y adecuados para atender las problemáticas, pero a través del tiempo se van definiendo los procedimientos y las bases teóricas que les dan sustento. En este grupo se ubican los derechos humanos, el desarrollo municipal y regional, la atención de desastres y los grupos vulnerables y emergentes.

En la literatura existen diferencias en la nomenclatura debido a los múltiples enfoques desde los cuales se aborda, Fernández (2009), por ejemplo, utiliza el término “ámbitos” como sinónimo de campos de intervención, mismos que define como espacios de práctica profesional que requieren de la presencia e intervención de los trabajadores sociales en la mejora del sistema social; mientras que a los sectores de población de los ámbitos, los define como grupos de personas con características semejantes y necesidades comunes que requieren una atención específica (personas con discapacidad, personas sin hogar, jóvenes, entre otros).

Al respecto, Ander Egg (2015) señala que

Los campos del trabajo social son los ámbitos de intervención social propios de la profesión. Si bien es posible diferenciar conceptualmente los campos del trabajo social de las áreas y de los sectores de intervención, en la práctica se produce un cruzamiento de áreas campos y sectores (p.20).

Tomando en cuenta el análisis realizado, para efectos de este trabajo, la salud mental se ubica de la siguiente manera: según Fernández (2009), que retoma el enfoque del desarrollo humano a partir de los planteamientos de la OMS, la salud es entendida desde sus dimensiones bio-psico-sociales debido a que algunos padecimientos no solamente presentan características o causas biomédicas, sino influyen también aspectos psicológicos y sociales, como las interacciones entre la persona enferma y su entorno, la forma en que viven y afrontan las dificultades de la vida cotidiana.

La salud es una de las áreas de intervención tradicional, y su atención puede ser de dos formas:

1. Atención primaria: la otorgan los Centros de salud y los Equipos de atención primaria, encaminados a su promoción, educación sanitaria, prevención de las enfermedades, mantenimiento y recuperación de la salud, a través de la rehabilitación física y otros procedimientos.
2. Atención especializada de salud: se otorga en espacios de intervención como los de salud mental y hospitales (Fernández, 2009).

En tal sentido, la salud mental se ubica en el campo de la salud, como una atención especializada a diferentes sectores de la población (niños, adolescentes, adultos y adultos en plenitud que presentan características similares, es decir, padecen un trastorno mental); su atención debe ser de forma integral, tomando en cuenta sus propios recursos, los de su familia y los de la comunidad, por ello, el espacio de intervención puede ser tanto en las instalaciones de las instituciones de salud como extramuros (espacios comunitarios o donde se requiera).

Es importante mencionar que, en cuanto a la atención de las personas con este tipo de padecimientos, hay un cambio de paradigma, algunos autores les nombran “personas con padecimiento subjetivo”, con fundamento en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2006.

La misma Convención plantea un cambio de paradigma en lo referente a la consideración de los derechos de las personas con discapacidad, quienes dejan de ser vistas como “objeto de políticas” para pasar a ser consideradas como “sujetos de derecho” (Rubens, Wraage, Costa, 2012). De manera que, no pueden ser privadas del goce y el ejercicio de sus derechos, aduciendo su padecimiento, por el contrario, se tienen que instrumentar mecanismos de protección que los ayuden en la toma de decisiones, ya que aquí se abre otra posibilidad de intervención y acompañamiento por parte del trabajo social, cuya práctica es también política porque implica una construcción discursiva del “otro”, que es nuestro sujeto de intervención, según Carballada (2012b) lo “social, en términos de intervención, remite a la idea de conjuntos de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden y la cohesión de lo que denominamos sociedad” (p. 91).

No obstante, hay que tomar en cuenta que el trabajo social plantea la intervención con base en el diálogo y como una forma de encuentro y posibilidad de transformación a través del sistema de protección que posee la sociedad, mediante políticas, programas y proyectos derivados tanto del marco jurídico como de planeación (Carballada, 2012b).

Concretamente en el campo de la salud mental, el trabajo social, según Sobrino y Rodríguez (2007), atiende principalmente las siguientes problemáticas y necesidades:

- Atención y tratamiento de la salud mental.
- Atención en momentos de crisis
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Integración laboral.
- Apoyo al alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Protección y defensa de sus derechos.
- Apoyo a las familias.

Lo anterior debe realizarse tomando en cuenta el contexto social y comunitario porque la enfermedad mental causa estigmatización; Arnaiz y Uriarte (2006) argumentan que el estigma público constituye las reacciones de la población en general hacia un grupo, basadas en el estigma hacia ese grupo concreto. Es decir, las personas no solamente se enfrentan con su sintomatología, sino también con los prejuicios y miedos de las demás personas, por ello, el trabajador social debe considerar a la familia y las redes sociales de apoyo como amigos, vecinos e instituciones para enfrentar estas situaciones que ponen en desventaja a las personas con algún problema mental.

Con base en la información hasta aquí presentada, se infiere la necesidad de contar con un perfil profesional especializado (posgrado) que contribuya en la mejora de los retos actuales referentes a la salud mental.

Trabajo Social Psiquiátrico

El trabajo social psiquiátrico surgió como especialidad en el Boston Psychopathic Hospital de Massachusetts en EE.UU. gracias a los esfuerzos del psiquiatra Elmer Southerd y la trabajadora social Mary C. Garret, quienes en 1922 publicaron *The Kingdom of evils*, en donde expusieron los fundamentos y principios, así como los conocimientos y el adiestramiento que debían poseer quienes quisieran ejercer la nueva especialidad a la que llamaron “trabajo social psiquiátrico” (UNAM, 1978). Este adiestramiento fue impartido por ellos en el mismo hospital y en diversas escuelas de trabajo social.

Mientras que en México se impartió el primer curso formal en 1977, auspiciado por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Centro Mexicano en Estudios de Salud Mental y el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM (UNAM, 1978).

Entre los conocimientos que debe poseer el trabajador social psiquiátrico están: dinámica de la personalidad, psicopatología, psicología, evolutiva, antropología, entre otros. En tanto la actuación del trabajador social psiquiátrico se orienta por tres funciones principales:

1. Asistencial: tareas intra y extramuros con el paciente y su familia, a partir de la investigación del paciente en su medio social y familiar.
2. Académica: capacitación y aprendizaje para desarrollar sus habilidades con base en la problemática psicológica propia del campo. La capacitación ha contribuido para llevar a cabo un trabajo más riguroso en la formulación de estudios psicosociales, en el trabajo con grupos para la orientación e información psicoeducativa que promueva la salud mental, logrando con ello coordinación interinstitucional y enlace del paciente y su familia con el equipo médico y con el medio social.
3. De investigación: participación en equipos de investigación en el campo psiquiátrico, en este eje no ha habido avances significativos porque los proyectos difícilmente pueden llevarse a la práctica (UNAM, 1978).

Estas funciones han cambiado de acuerdo con las transformaciones que ha sufrido el sistema de salud mental mexicano en cuanto a su organización y funcionamiento, la profesionalización de los trabajadores sociales en este campo ha contribuido a la consolidación del mismo.

Actualmente, la institución líder en la formación de trabajadores sociales psiquiátricos es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el cual concibe a la salud mental desde el modelo biopsicosocial, pues cuando alguna de estas esferas se altera, impacta a las otras; en este sentido se hace necesaria la intervención del trabajo social, entendido como “la disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y transformación de los procesos para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social” (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016, p. 1). Por tanto, el objetivo del departamento de trabajo social es:

Administrar la operación de funciones y actividades del personal acorde a normatividad, procedimientos y programas en materia del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental que coadyuven a la calidad en la atención y la mejora continua por medio de la praxis basada en la evidencia (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016, p. 24).

Las funciones y acciones que realizan los trabajadores sociales en este campo de intervención, varían de acuerdo al nivel de atención, pero, se derivan directamente del marco jurídico y de planeación descrito líneas arriba, que sustenta el actual modelo que se encuentra en operación, conocido como Modelo Hidalgo.

CONCLUSIONES

La preservación de la salud mental representa un reto para los gobiernos y las poblaciones, sobre todo en aquellos países de ingresos bajos en donde predomina la inequidad, derivada de los modelos de desarrollo instrumentados.

Con base en las definiciones antes citadas, la atención a la salud mental implica la intervención primaria y secundaria de los equipos de salud; es decir, se pugna por una atención integral con calidad y calidez, basada en el respeto a los derechos humanos, tomando en cuenta el contexto sociocultural (familia y comunidad a la que pertenecen las personas con algún problema mental).

La salud mental toma en cuenta dos aspectos fundamentales: por un lado, no es sinónimo de Psiquiatría, pues ésta es una especialidad derivada de la medicina y; por el otro, el término salud mental significa mucho más que la atención médica de los trastornos mentales, pues se le tiene que concebir desde el enfoque bio-psico-social, que no separa la enfermedad física de la mental. Al llamarla salud mental y construir modelos e infraestructura con esta orientación, resulta incongruente con el sentido de integralidad que se pretende al actuar de forma interdisciplinaria.

Más que un área de intervención del trabajo social, debe considerarse como un eje que atraviesa el ciclo de vida; por ello, habría que repensar el papel del trabajo social con respecto a la salud mental, y entonces abordarla en los diferentes ámbitos de intervención, sobre todo desde la perspectiva de prevención.

El trabajo social, como disciplina de las ciencias sociales y como profesión que posee un saber especializado y certificado, se liga al desarrollo humano porque ambos pretenden alcanzar el bienestar social; en este caso la preservación de la salud mental.

Sin duda, el trabajo social ha avanzado en el campo de la salud mental, logrando consolidarlo, empero, aún queda pendiente alcanzar los objetivos de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, que se refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

Analizar comprender e intervenir en la salud mental desde la mirada del pensamiento complejo representa un reto, pero también una oportunidad para la práctica profesional de los trabajadores sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ander Egg, E. (2015). Léxico de trabajo social. México: LARIPSE.

Arnaiz A. y Uriarte J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. 26, pp. 49-59.

Carballeda, A. (2012a) 4ª reimpresión. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2012b). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Margen (65), pp.1-13.

Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, Australia.

Cruz, Ángeles (2002). Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales. La Jornada. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2002/mar02/020309/046n3soc.php?origen=soc-jus.html> 96

Fernández, T. (2009). Fundamentos del trabajo social. Madrid: Alianza Editorial.

Galeana, S. (2009). Campos de acción del trabajo social. En Sánchez M. (2009). Manual de Trabajo Social. México: UNAM-ENTS.

- Galende E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- García, S. (s/f). Especificidad y roll en trabajo social. Curriculum-Saber-Formación. Buenos Aires: Humanitas.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2016). Manual de Organización Específico del Departamento de Trabajo Social. México: INPRFM.
- Leal Herrero F. (2002). Comprender la enfermedad mental. España: Universidad de Murcia.
- Martínez, M.A. (2013). La salud mental el capítulo olvidado de las políticas públicas del gobierno mexicano. México: Movimiento Ciudadano Partido Político Nacional.
- Medina-Mora M., Borges G., Benjet, C., *et al.* (2007). *British Journal of Psychiatry.* (190) 521-528. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541113>
- Morin, E. (1999) Los siete saberes. Paris, Francia: UNESCO.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). La salud Mental en México. Recuperado de www.foroconsultivo.org.mx
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004a). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004b). Invertir en Salud Mental. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). IESM-OMS. Informe sobre sistema de salud mental en México. México, OMS.
- OMS (2013a) Investing in Mental Health: Evidence for action. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013b). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006) Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2014). Informe Sobre Desarrollo Humano Sosteniendo el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Nueva York: PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). Informe de desarrollo humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa. Recuperado de http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete.pdf
- Restrepo O, Jaramillo E, Juan C. (2012) Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 30(2), pp. 202-211.
- Rubens R., Méndez A., Wraage, M.A. (2012) Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. Prospectiva, 17, pp. 407-435.
- Tenorio, R. Hernández, M.N. (2005). Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). Salud Mental, 28 (4), pp. 18-32.
- Sandoval, J., Richard, M.P. (2005). La salud mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Cámara de Diputados XIX Legislatura.
- Secretaría de Salud (s.f.). Programa de Acción Específico en Salud Mental, 2013-2018. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Sobrino T. y Rodríguez A. (2007). Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid: Editorial Síntesis.
- UNAM (1978). Trabajo social psiquiátrico una nueva perspectiva. Salud Mental. 1(4), pp. 22-24. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/22/22

El embarazo en adolescentes: intervención en materia de educación sexual

*María Eugenia Reyes Pedraza*¹³⁹.

*María Delia Téllez Castilla*¹⁴⁰.

*Janet García González*¹⁴¹.

Resumen

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Los bebés de madres adolescentes enfrentan un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2019). En el 2015 en México, la tasa de natalidad en mujeres menores de 20 años fue de 17.9, Nuevo León ocupa el lugar 29 a nivel nacional con 15.6 (INEGI, 2015).

Por estos motivos, la comprensión de los factores de riesgo asociados al embarazo es prioridad en el país, pero la mayor parte de los trabajos de investigación y de intervención se han enfocado en incrementar el conocimiento de los determinantes del embarazo temprano. El impacto que este tiene sobre el proyecto de vida en las y los adolescentes es un tema con poca visibilidad.

Este trabajo pretende presentar una propuesta de índole conceptual que ubique intervenciones en materia de educación sexual con enfoque dirigido al proyecto de vida.

El embarazo y la maternidad tienen impacto biológico, psicológico, cultural y social a cualquier edad, y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo (Ibarra, 2003). La mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de las adolescentes porque deberá asumir el reto de desempeñar el rol de madre, cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo, se encuentran obligadas a dejar sus estudios y una escasa o nula educación se refleja en la falta de conocimientos, habilidades y aptitudes, por consiguiente, las oportunidades de trabajo tienen mayor dificultad, con riesgo de ingresar o permanecer en el círculo de la pobreza.

Palabras Clave: Embarazo en Adolescentes, Educación Sexual, Salud Pública y Políticas Públicas.

¹³⁹ María Eugenia Reyes Pedraza. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Contaduría Pública y Administración, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. kenna.reyes@hotmail.com

¹⁴⁰ María Delia Téllez Castilla. Universidad Valle de México, Campus Monterrey, México. tellezdelia@yahoo.com.mx

¹⁴¹ Janet García González. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. janetgarcia71@yahoo.com.mx

Abstract

Complications during pregnancy and birth are the second death cause in teenagers from 15 to 19 years old all around the globe. Babies from these mothers have to deal with a considerably higher risk to die than others from women from 20 to 24 years old (OMS, 2019). In Mexico during 2015, birth rate of women younger than 20 was 17.9, Nuevo León has the 29th place at national level with 15.6. (INEGI, 2015).

For these reasons, comprehending risk factors associated with birth is a priority of the country, but the majority of investigation and intervention works had been focused in increasing knowledge from determinants of early birth. The impact this have over both female and male teenagers' life projects is a subject with poor visibility.

This work pretends to present a conceptual proposal which locates interventions in sexual education with a life project focus.

Pregnancy and maternity have a biological, psychological, cultural and social impact in any age, and adolescence supposes greater complications as much for the mother as for the son (Ibarra, 2003). The biggest repercussion of this can be seen in the personal and social sphere of those teenagers because they will have to assume a mother roll, even when they haven't finished their formation and development, they are forced to leave their studies and, for that reason, there's a less or null education shown in a lack of knowledge, abilities and skills, therefore, their work opportunities are more difficult, with the risk of entering or staying in a poverty circle.

Key words: Teen Pregnancy, Sexual Education, Public Health and Public Politics.

As complicações na gravidez e parto são a segunda causa de morte nas adolescentes de 15 a 19 anos em todo o mundo. Os bebês de mães adolescentes têm um risco consideravelmente maior de morrer do que os nascidos de mulheres de 20 a 24 anos (OMS, 2019). No ano 2015 em México a taxa de natalidade em mulheres menores de 20 anos foi de 17.9, Nuevo León foi o número 29 a nível nacional com 15.6 (INEGI, 2015).

É por estas razões que a compreensão dos fatores de risco com o embarazo são prioridade no país, mas a maior parte dos trabalhos de investigação e intervenção enfocam-se no aumento de conhecimentos dos determinantes da gravidez precoce O impacto que isso tem no projeto de vida dos adolescentes é um assunto com pouca visibilidade.

O trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de natureza conceitual que possa ubicar as intervenções no campo da educação sexual com um enfoque no projeto de vida.

A gravidez e a maternidade tem um impacto biológico, psicológico, cultural e social em qualquer idade, e na adolescência tem maiores complicações tanto para a mãe quanto para a criança (Ibarra, 2003). O maior impacto pode se observar na esfera pessoal e social das adolescentes que devem assumir o reto de desempenhar o papel de mães, ainda e quando não tem consolidado a sua formação e desenvolvimento, são forçadas a abandonar seus estudos, sua pouca ou nenhuma educação se reflete na falta de conhecimentos, habilidades e aptidões, portanto, as oportunidades do trabalho apresentam-se com maior dificuldade, com risco de entrar ou permanecer no círculo de pobreza.

Palavras chave: Gravidez em Adolescentes, Educação Sexual, Saúde Pública e Políticas

Introducción

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen al círculo de la enfermedad y la pobreza, así como a la mortalidad materna e infantil. Moreno (2014) afirma que la mayoría de las adolescentes se presenta en niveles socioeconómicos bajos, sin alguna educación ni ocupación, optado por el método del aborto dando, así como resultado un número mayor a mortalidades en el mundo.

En la mayoría de los casos, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, ocurren con más probabilidad en los lugares pobres y poco instruidos, la educación sexual es nula o escasa, servicios de anticoncepción no son solicitados o la precaria economía no permite su compra; el caso es que de cualquier manera esta situación en el adolescente provoca que su proyecto de vida se vea mermado, por lo que las estrategias educativas para contribuir a prevenir esta problemática de salud se hacen indispensables en el país.

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes y sus familias. Muchas adolescentes embarazadas se ven en la necesidad y la obligación de dejar la escuela, y es importante considerar que una escasa o nula educación disminuye la posibilidad de encontrar un trabajo; asumir el rol de madre a temprana edad provoca que se trunque el curso de su proyecto de vida. Cruz & Becerril (2016) examinan que los adolescentes son desconocidos a la información adecuada de los métodos anticonceptivos, optando por la idea del aborto ocasionado, causándoles un alto riesgo de mortalidad. Por ende, se coincide la afirmación acerca que las relaciones sexuales son llevadas a cabo sin la protección de algún método anticonceptivo, dando así a los adolescentes de 14 años lleven a cabo la realización de los abortos clandestinos (Vera et al, 2018).

La toma de decisiones es un factor relevante dentro de las destrezas que posee el individuo para resolver dichos conflictos, esto puede parecer un proceso fácil de manejar, pero en realidad evoca ciertas complejidades ya que requiere de una serie de criterios que el individuo debe manejar con el objeto de escoger entre alternativas, la opción más adecuada para solventar una dificultad.

I.- Adolescencia y embarazo en adolescentes

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal (NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. 2015).

La adolescencia puede abarcar los 10 años o más, los expertos en ciencias sociales reconocen que, debido al importante crecimiento psicológico y social que se produce en esa década, tiene más sentido considerar los años de la adolescencia como una serie de fases, no como una etapa (NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. 2015).

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años (OMS/OPS, 2000).

Es un periodo de continuos cambios físicos, cognitivos, conductuales y psicosociales caracterizados por el aumento en los niveles de la autonomía individual, un mayor sentido de la identidad y de la autoestima y una independencia progresiva hacia la edad adulta (Mitchel, K. et al, 2009).

El embarazo en las adolescentes es la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica (Ruoti A, 1994).

De las condiciones de salud de cada adolescente dependerán la calidad de vida durante la etapa adulta y la tercera edad, lo que tiene indudables repercusiones individuales políticas, económicas y sociales para toda la colectividad nacional (NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. 2015).

II.- Estadísticas relacionadas con el embarazo en adolescentes

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. (OMS, 2009).

Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de esos nacimientos se registra en países de ingresos bajos y medianos. La División de Población de Naciones Unidas muestra que la tasa mundial de natalidad (2018) de las mujeres de esa edad asciende a 44 nacimientos por cada 1000 (OMS, 2018).

Las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe son las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, además, es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años (OPS, 2018).

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15 años (OMS, 2015).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo (OMS, 2019).

En México viven cerca de 22.3 millones de adolescentes, de los cuales 11.3 millones tienen de 10 a 14 años y 11.1 millones tienen entre 15 y 19 años de edad, representando de la población total nacional 18.5% en 2015. Entre las mujeres en edad fértil, las adolescentes de 15 a 19 años son el grupo con mayor volumen, ya que representan 16.5 por ciento del total, mientras que las mujeres de 45 a 49 años representan alrededor del 11 por ciento (ENAPEA, 2015).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 el 12.7% de las jóvenes entre 15 y 19 años han estado embarazadas, y entre las mujeres jóvenes que alguna vez han estado embarazadas, dos de cada 10 han tenido dos o más embarazos (IMJUVE, 2014-2018).

Gran parte de las generaciones jóvenes experimentan su primera relación sexual en la etapa de la adolescencia, el 50 por ciento de las mujeres entre 25 y 34 años ya había tenido esta experiencia a los 18 años. La dificultad que tienen las mujeres adolescentes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos se hace evidente al presentar un bajo uso de métodos anticonceptivos (44.5%) respecto a los demás grupos de edad y una demanda insatisfecha elevada (24.8%). En 2009, se estimó que 40.6 por ciento de las adolescentes embarazadas no había planeado el evento, a pesar de que 97 por ciento de las mujeres dijo conocer al menos un método anticonceptivo (Secretaría de Gobernación, 2014).

En embarazos de adolescentes México tiene el primer lugar a nivel mundial entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Olguín y Rojas, 2019).

En el 2015 en México, la tasa de natalidad en mujeres menores de 20 años fue de 17.9, Nuevo León ocupa el lugar 29 a nivel nacional con 15.6 (INEGI, 2015).

En México la 4ta causa de deserción escolar es el embarazo (INEGI, 2015).

La Norma Oficial Mexicana (NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. 2015). establece lineamientos para realizar las acciones de promoción de la salud, así como de prevención y control de enfermedades al grupo entre 10 y 19 años de edad, debida a la problemática y trascendencia futura de la atención integral a su salud pues es un tema del más alto interés para la nación mexicana.

La atención a los adolescentes debe ser integral, con perspectiva de género e intercultural en apego a su derecho a la salud, sin discriminación y orientada a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida activa y saludable (NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. 2015).

III.- Factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes

Los bebés de madres adolescentes enfrentan un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2009).

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo (OMS, 2018).

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior (OMS, 2009).

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. En el 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacido de madres menores de 20 años (OPS, 2018).

Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo; además muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela y tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo (OMS, 2018).

Los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, mayor mortalidad infantil, menores niveles de apoyo emocional y estimulación cognitiva, menores habilidades y capacidad de aprendizaje, más problemas conductuales durante la infancia y en la vida adulta (ENAPEA, 2015).

Una adolescente embarazada con baja escolaridad, o incluso analfabetismo, tiene más complicaciones perinatales, el mayor riesgo está dado por una inaccesibilidad cultural

de los servicios de salud o existe una falta de apego materno-infantil que la llevan a maltratar a su hijo in útero mediante el incumplimiento terapéutico (COMEGO, 2013). Asimismo (Cabral, 2013) declara que la formación de la sexualidad trata de educar desde una perspectiva, donde no se altere la relación de equilibrio y de armonía del hombre con la naturaleza y con el mismo. Es educar desde una dimensión ética para el conocimiento, compromiso, amor, autoestima, comunicación, responsabilidad, placer, equilibrio, donde la sexualidad se vivencie creativamente como parte de la experiencia integradora de la naturaleza y el cuerpo, al mundo.

En un estudio realizado de 128 casos de embarazos adolescentes se encontró que un 39% presentaron como complicación desgarros perineales después del parto y un 10% presentaron anemia antes, durante y después del parto (Fawed Reyes, O. et al, 2016).

De forma global se describe mayor morbilidad en el embarazo adolescente como: abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, parto prematuro, rotura prematura de membrana, desproporción céfalo pélvica, cesárea (Fawed Reyes, O. et al, 2016).

Aquellas madres menores de 15 años o que presentaron la menarquía con menos de dos años antes del embarazo, tienen un mayor riesgo de muerte neonatal (Ribeiro, F. D. et al, 2014).

Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la inmadurez del canal del parto; en las adolescentes embarazadas mayores de 16 años tienen mayor impacto diversos factores psicológicos y sociales como miedo, estrés, ansiedad, depresión, autoestima baja, suicidio, problemas escolares, desempeño laboral en subempleos, precariedad económica, rechazo social, inestabilidad de pareja y maternidad solitaria (Sandoval, J. et al, 2007).

Los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas, se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres mayores de veinte años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fistula obstétrica, que es un desgarro entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces, malos olores y otros efectos secundarios como problemas psicológicos y aislamiento social. El embarazo en la adolescencia puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida, suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico (OMS, 2009).

Además de los riesgos y consecuencias biológicas mencionados que conllevan un embarazo en la adolescencia, es importante resaltar que existen otros aspectos que normalmente impactan, como son los psicológicos, sociales y económicos. La noticia del embarazo siempre llevará un impacto consigo, tanto para la adolescente, para el padre del niño que generalmente es adolescente también y para las familias. La forma de enfrentar ésta situación por las adolescentes dependerá de varios factores: la etapa de la adolescencia en la que se encuentre, el significado que un hijo tenga en su vida, el origen del embarazo y su proyecto de vida antes de embarazarse.

IV Estrategias relacionadas con el embarazo en adolescentes

Ninguna discusión de salud materna, neonatal y de menores de 5 años está completa sin temas como los determinantes sociales, que son las condiciones en las cuales un ser humano nace, crece, vive, trabaja y envejece; delineadas por la distribución del dinero y los recursos globales, nacionales y locales (OMS, 2008).

Una de las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud (ODS 3) consiste en garantizar, del día en que se establece a 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Las jóvenes que quedan embarazadas deben poder recibir una atención prenatal de calidad. (OMS, 2018).

Es necesario incrementar el acceso a educación media y superior entre los jóvenes, posponiendo las uniones y la edad al tener el primer hijo, coordinar acciones entre el sector educativo y de salud, mejorar la educación integral de la sexualidad en las escuelas y medios de comunicación y asegurar una disponibilidad adecuada de todos los anticonceptivos. (Secretaría de Gobernación, 2014).

La maduración sexual y el inicio de las relaciones sexuales son aspectos claves de la adolescencia, que requieren información, acompañamiento y asistencia por parte de las familias, la escuela y servicios de salud, para que puedan ejercer su sexualidad de manera segura y libre de riesgos (Secretaría de Salud, 2014).

En el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006, se estableció en su estrategia 6, otorgar servicios amigables a la población adolescente, por lo que en 2001, se establece un modelo de “Servicios Amigables para Adolescentes”, con las modalidades de servicios de tipo exclusivo, horizontal y mixto, en materia de salud sexual y reproductiva, teniendo para su operación equipos de salud multidisciplinarios, para 2016 se cuenta con

1494 servicios amigables que ofrecen esta atención en áreas urbanas, rurales e indígenas (Secretaría de Salud, 2016).

El Programa Nacional de Juventud 2014-2018 del Instituto Mexicano de la Juventud, estableció en su Objetivo 2 Promover condiciones para que las y los jóvenes tengan un entorno digno a través de esquemas de salud, convivencia y seguridad, con la Estrategia 2.1 Participar en el fomento de políticas para la salud integral de las personas jóvenes, Línea de Acción 2.1.9 Colaborar en la implementación de estrategias integrales para prevenir el embarazo temprano (IMJUVE, 2014-2018).

En México en enero del 2015 se estableció la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes cuyo objetivo principal es la reducción del número de embarazos en adolescentes con absoluto respeto a los derechos humanos, principalmente los derechos sexuales y reproductivos, teniendo como metas para 2030 reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad en adolescentes y erradicar el embarazo en niñas entre 10 y 14 años de edad (ENAPEA, 2015).

V.- Proyecto de vida y carrera

Un proyecto de vida es un plan personal que se piensa seguir a lo largo de la vida, generalmente este proyecto es pensado después de los 20 años o incluso a mayor edad, la madurez no llega a todos a la misma edad o en el mismo momento. Este proyecto es pensado por cada individuo de acuerdo a sus prioridades, es decir, alrededor de la familia, la universidad, el trabajo o la pareja. El proyecto de vida es lo que una persona se propone hacer en distintas áreas a través del tiempo, con la intención de desarrollarse. Es una construcción permanente que se nutre de las decisiones que se toman día a día, las que van abriendo o cerrando posibilidades para lograr la meta propuesta (Aracena et al, 2002).

Existen algunas situaciones para considerar para un buen Plan de Vida y Carrera como son conocimiento de mí mismo, energía vital y salud, una actitud de aprendizaje, capacidad y actitud para el cambio, un sentido de logro, vitalidad y trabajo de planeación.

“Un Plan Vida y Carrera, requiere que el adolescente, piense en todas las posibilidades, extienda su pensamiento a las diferentes dimensiones que conforman el desarrollo humano y sea capaz de crear nuevos y mejores caminos orientados hacia el logro de sus metas” (Tobar, 2011).

Es una equivocación dar por hecho, que los adolescentes harán esta tarea por sí mismos. Generalmente cuando a los adolescentes se les pide que elaboren su plan de vida, escriben en una sola línea cuatro o cinco ideas (Tobar, 2011).

“Aquí me gradúo, me caso, tengo hijos, trabajo y me jubilo” ¡Y se acabó! (Tobar, 2011).

Es decir, que existe una falta de reflexión sobre la importancia de prever el futuro, esa falta de motivación hacia el establecimiento de una y el diseño de un plan inteligente para cumplirla (Tobar, 2011).

Es necesario enseñar a los jóvenes a producir y evaluar ideas. No se trata de que elaboren un Plan de Vida y Carrera, el objetivo es que adquieran las destrezas y la motivación para que ellos en cualquier etapa de su vida, sepan cómo construir y reconstruir la planeación de su futuro (Tobar, 2011).

“El Modelo de elaboración de un Plan de Vida consta de dos etapas. La primera de ellas presenta un conjunto de operaciones cognitivas (también llamadas procesos o herramientas de pensamiento) dirigidas al desarrollo de competencias para la producción y evaluación de ideas que tienen que ver con un Plan de Vida. Son siete procesos del pensamiento lateral, propuestos por Edward de Bono, como activadores para la expansión y contracción de ideas. Sin embargo, en esta nueva aplicación, tanto la información de apoyo como los ejercicios propuestos para el desarrollo de competencias están enfocados hacia los temas que tienen que ver con el desarrollo de un Plan de Vida; de tal forma que al tiempo que los estudiantes desarrollan habilidades, podrían reunir datos, tomar decisiones y reflexionar sobre aquellos elementos que serán claves en el diseño de su futuro”.

Los estimuladores del pensamiento estimulan la generación de ideas en siete direcciones diferentes:

- Establecer objetivos
- Identificar los aspectos y/o las características
- Elaborar alternativas
- Determinar consecuencias
- Priorizar ideas y establecer valores
- Buscar lo positivo y lo negativo
- Considerar los diferentes puntos de vista

(Tobar, 2011)

Se propone hacer énfasis en los siguientes elementos:

Significados atribuidos al ser mujer y madre, por parte de las jóvenes

- a) Significado atribuidos al ser mujer
- b) Aspectos asociados al ser mujer
- c) Significados atribuidos a la maternidad

Percepción de las adolescentes respecto de sí mismas como mujeres y madres

- a) Autopercepción como mujer
- b) Autopercepción como madre

Proyecto de vida de las adolescentes: facilitadores y obstaculizadores

- a) Proyecto de vida de las adolescentes
- b) Facilitadores y obstaculizadores del proyecto de vida

(Tobar, 2011)

Al relacionar el pasado con el presente y con el futuro, los adolescentes comienzan a buscar el sentido que tiene su existencia en el tiempo. La principal tarea para encontrar su camino hacia la adultez, consiste en reordenar el pasado, en relación con la situación presente y las expectativas que se tienen del futuro. También considera que la percepción y la discriminación de lo temporal es una de las tareas más importantes de la adolescencia. Knobel (2004).

La familia y su entorno es determinante en la definición del Plan de Vida y Carrera de los adolescentes

VI Obstáculos en el plan de vida y carrera en las adolescentes con embarazo

Existe una tensión entre el proyecto de vida y el mandato cultural de la virilidad por la vía del ejercicio de la sexualidad como oportunidad (González, 2003).

Las y los adolescentes con menos recursos están frente a una “acumulación de factores de riesgo” “pues se inician más temprano y registran niveles de protección anticonceptiva mucho menores y esto contribuirá a la reproducción de las desigualdades socioeconómicas, así como la intensificación de la experiencia de ejercicio desigual de derechos por parte de las nuevas generaciones” (Rodríguez 2008).

Más allá de las formas particulares en las que se expresa, el género como construcción social y cultural se traduce a través de los distintos grupos y contextos en relaciones de dominación, discriminación, exclusión, no ejercicio de derechos y desiguales oportunidades para las mujeres. Esta posición de desventaja de las mujeres en la sociedad y en las relaciones de pareja en ámbito privado, constituye un factor determinante clave para entender las dinámicas subjetivas relacionadas al embarazo de adolescentes. Es importante anotar que “entre los hombres el embarazo no aparece como un riesgo que le es propio. Tomar riesgos se asocia con la propia identidad masculina” lo que incluye la evasión de la percepción del riesgo” (González, 2003).

La adolescente madre y su pareja o más concretamente el padre de su hijo intentará mantener a su propia familia, trabajar y muchas veces debe abandonar sus estudios por este motivo. “Esto lleva a postergar los proyectos a largo plazo y a confundir los de mediano con los de corto plazo: comienzan las urgencias” (Coll, 2001).

El aborto inducido es una respuesta a un embarazo no deseado. Los riesgos que implica éste para las adolescentes pueden ser considerables, principalmente cuando es llevado a cabo en forma ilegal y en condiciones médicas insatisfactorias. Las complicaciones comunes de abortos de adolescentes incluyen hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria. Cada año, alrededor de 20 millones de mujeres recurren a abortos inseguros. Sin embargo, en la mayor parte de los países en desarrollo el aborto es ilegal lo cual, como se indicó anteriormente, incrementa los riesgos en la salud de las adolescentes que lo practican. Como afirma la OPS (2003) “Las adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado y cuyos ingresos son limitados por lo general no pueden pagar servicios profesionales y privados de aborto que son más seguros que los provistos por personas no profesionales y en situaciones clandestinas. Las adolescentes más pobres tienen más posibilidad de acudir a los servicios de aborto clandestinos que son más baratos y se realizan en condiciones no saludables, contribuyendo así de forma significativa a incrementar los porcentajes de morbilidad y mortalidad de las jóvenes” (Schutt, 2012).

Hay dificultades objetivas para compatibilizar el embarazo y la crianza con la educación y la inserción laboral. La reproducción adolescente no se relaciona nítidamente con el logro de autonomía económica, pues la mayoría de las madres adolescentes viven con sus padres o suegros y se dedican a actividades domésticas. Como se afirma: “Vale decir, no asisten a la escuela, pero tampoco ingresan al mercado de trabajo, y cuando lo hacen suele ser en condiciones precarias. A esta vulnerabilidad se agrega la presión sobre el presupuesto de los padres de las adolescentes progenitoras, que frecuentemente terminan por asumir parte importante del proceso de crianza. Esto se verifica con más intensidad a menor edad de la madre adolescente” (CEPAL, 2007).

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/ padres. Tal tendencia se ha acentuado según datos recientes, exacerbando el llamado “madresolterimos”, en cuyo marco los varones (adolescentes o adultos) suelen ser padres y parejas ausentes que no se responsabilizan por hijos que procrean con mujeres adolescentes. Esto aumenta la presión económica y de cuidado de los progenitores de las adolescentes” (Coll, 2001).

En términos generales el embarazo en la adolescencia obstaculiza el proyecto de vida e impacta negativamente los determinantes sociales de la salud especialmente en el caso de la adolescente, en su incidencia en factores como: prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, atención universal en salud, la lucha contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos, así el adolescente se

convierte en población vulnerable por sus bajos niveles de formación y la falta de competencia para insertarse en un mercado laboral cada vez más competitivo (OMS, 2008).

Conclusiones

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo que involucra la parte biológica, psicológica y social que debe ser cuidada para que se mantenga el equilibrio.

El embarazo en el adolescente conlleva un gran riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo, además de romper el plan de vida que se pudiera tener ya que tendrá que asumir el reto de ser madre cuando aún no cuenta con la madurez necesaria para esa responsabilidad.

Consecuencias como muerte materna y perinatal, depresión, culpa, angustia, deserción escolar, bajo rendimiento, discriminación, disfunción familiar, violencia, problemas para conseguir trabajo, problemas económicos son situaciones que muy seguramente tendrá que enfrentar; por lo que es importante por parte de las instituciones gubernamentales correspondientes dar puntual seguimiento a los planes, programas y hacer aplicar las normatividades. La falta de conocimiento acerca de temas de educación sexual contribuye a que las estadísticas de la realización de abortos incrementen, esto mayoritariamente en jóvenes, quienes sin previa conciencia sobre esta temática comienzan una vida sexual activa. Teniendo como derivación la acción de cometer la interrupción de embarazo, claramente sin las atenciones que este acto merece, repercutiendo en graves efectos y daños sobre la salud de la mujer y en casos extremos terminando con su vida. La percepción que poseen los jóvenes referentes a los riesgos que se presentan en la salud en relación con una vida sexual activa son muy pocos y en algunas ocasiones inexistentes, disponiendo de peligrosos efectos sobre la salud (León, 2016; Guevara, 2016).

Es trascendental una atención integral con una adecuada educación sexual que incluya medios de promoción y prevención para que enseñe conductas sexuales responsables entre las y los adolescentes.

El embarazo en adolescentes definitivamente es un problema de salud pública que necesita ser abordado en forma integral, es decir, desde los ámbitos gubernamental, social, familiar e individual. Es indispensable que los tomadores de decisiones, impulsen aún más políticas públicas de salud que incluya el tema de la salud sexual y reproductiva.

Es de suma importancia para que las y los adolescentes vivan las etapas de su vida con responsabilidad que tanto padres como instituciones educativas, ayuden y motiven a la edificación de su plan de vida, incluyendo en este la educación sexual encaminada a la toma

de conciencia de su sexualidad y del autocuidado de su salud, la prevención de las enfermedades y la toma de decisiones que requiere para cumplir con los objetivos comprometidos.

Referencias Bibliográficas:

Aracena, M., Krause, M. & Farah, C. (2002). Educación para la salud: una propuesta de promoción y prevención para la adolescente embarazada y su hijo/a. Un estudio de costo-efectividad. Proyecto FONDECYT N° 1030476. Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Boletín de la OMS, Volumen 87, junio 2009, 405-484.

Cabral, B. E. (2013). Ecología de la sexualidad. *Revista Sexología y Sociedad*, 1(4).

CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Maternidad adolescente en América latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. No 4, enero de 2007.

Coll, A. Embarazo en la adolescencia. ¿Cuál es el problema? En: Solum Donas Burak (Editor). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. 2001. Libro Universitario Regional. (EULAC-GTZZ): 425-445.

COMEGO, Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Control prenatal en adolescentes: evaluación del riesgo materno-infantil, Abril 2013.

ENAPEA, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 23-01-2015. Consejo Nacional de Población.

Fawed Reyes, O., Erazo Coello, A., Carrasco Medrano, J. C., Gonzales, D., Mendoza Talavera, A. F., & Mejías Rodríguez, M. E. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. *Arch Medicina* 2016 [citado 2017/07/07]; 12 (4): 1-7.).

González AC, Londoño A. Desastre Natural: catástrofe sexual. Adolescentes, redes sociales y riesgo en el pos terremoto. 2003. Bogotá: Corporación Sisma Mujeres.

Ibarra Mustelier Lourdes (2003). Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 20 Núm. 1, La Habana

IMJUVE, Instituto Mexicano de la Juventud. Programa Nacional de Juventud, 2014-2018. Disponible:

<https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/PROJUVENTUD2014new.pdf>.

Última consulta: julio 15, 2019.

- Knobel, M. (2004) La adolescencia normal un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires, Paidós.P.p. 15-28
- León, W., Yépez, E., Nieto, M. B., Grijalva, S., Cárdenas, M., Carrión, F., & Miranda, O. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto en una muestra de médicos gineco-obstetras de Ecuador. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 62(2), 169-174.
- Mitchel, K. et al. 2009 (Falta el título, la revista, el volumen, número y páginas)
- Moreno Torres, L. P. (2014). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón, Xalapa Veracruz año 2010.
- NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto del 2015.
- Olguín Lacunza Michel, Rojas García Diana, México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente a nivel mundial. UNAM Global de la Comunidad para la Comunidad. Agosto 2019
- OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones, Diciembre 2018. Disponible en línea: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Última consulta: julio 3, 2019.
- OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe Final. Ginebra, 2008.
- OMS. El embarazo en la adolescencia, 23-02-2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Última consulta: julio 7, 2019.
- OMS/OPS. Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000.
- OPS. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo, 28-02-2018. Disponible en línea: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es. Última consulta: julio 13, 2019.

- Ribeiro, F. D., Ferrari, R. A. P., Sant'Anna, F. L., Dalmas, J. C., & Giroto, E. (2014). Extremes of maternal age and child mortality: analysis between 2000 and 2009. *Revista Paulista de Pediatría*, 32(4), (381-388).
- Rios-Becerril, J., Cruz-Bello, P., Becerril-Amero, P., & Maldonado-González, V. (2016). Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(1), 51-54.
- Rodríguez J. Reproducción en la Trabajo presentado en el III congreso de la Asociación latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba – Argentina, del 24 al 26 de sep. de 2008. Citado en Situación de embarazo en la adolescencia en la subregión Andina; 2008.p. 83.
- Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Rev SOGIA* 1994; 1:70-2.
- Sandoval, J., Mondragón, F., & Ortiz, M., 2007. Complicaciones maternas perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 53(1), 28-34.
- Secretaría de Gobernación, 2014. Programa Nacional de Población, 2014-2018. *Diario Oficial de la Federación*, 30-04-2014.
- Secretaría de Salud, 2016. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Edición 2016.
- Secretaría de Salud, 2014. Programa Sectorial de Salud, 2013-2018. *Salud para la Infancia y Adolescencia*. Primera Edición 2014.
- Schutt A, Maddaleno M. Salud Sexual y desarrollo de Adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Disponible en línea: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>. Última consulta: Octubre 21, 2018.
- Tobar, Elizondo, Ofelia Margarita. *Plan de Vida y Carrera*, México, Trillas, 2011. 120 p.
- Vera, A. L. H., Morua, G. R., Jaimes, A. S., & Vera, A. H. (2018). La importancia de la construcción de un perfil socio pedagógico en los alumnos de nuevo ingreso.
- INEGI, 2015. Disponible en línea: www.inegi.com. Última consulta: julio 4, 2019.

Trastorno de ansiedad social, estudio de caso en terapia cognitivo conductual

Diana González Reyes¹⁴²

Karla Patricia Valdés García¹⁴³

Resumen:

El Trastorno de ansiedad social, antes llamado fobia social, se conceptualiza como el estado en el cual la persona que lo padece se percibe con ansiedad y miedo excesivo ante las interacciones o situaciones sociales, esto debido a que considera que obtendrá una evaluación negativa, por lo que su propósito inicial será evitarlas por temor a la humillación, el rechazo o la vergüenza. La prevalencia de este trastorno alrededor del mundo es de .5 al 2%, con mayor presencia en adolescentes y en adultos jóvenes en cuanto a los rangos de edad, y respecto al género es más frecuente en las mujeres. El presente caso se aborda desde la terapia cognitivo conductual, el cual propone que la ansiedad surge ante la idea irracional que tiene la persona que lo padece sobre sus relaciones interpersonales. El objetivo de este trabajo es mostrar un estudio de caso realizado con una adolescente de 19 años, estudiante universitaria que acude de manera voluntaria a solicitar psicoterapia. Para su evaluación se realiza una entrevista inicial y se aplican los instrumentos: ISRA, SCL90R, SCIDII y el Test de Creencias de Ellis, encontrando indicadores como susceptibilidad personal, depresión leve, además de rasgos de personalidad: límite, depresivo, esquizotípico y de evitación. Asimismo, proyecta ansiedad severa y el arraigo de siete de diez ideas irracionales de acuerdo con el Test de Creencias Irracionales del Ellis. Con base en lo anterior es posible otorgar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) 300.23 (F40a 10) según el DSM-V. Se plantea un tratamiento cognitivo conductual basado en técnicas como: Psicoeducación, de relajación, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas. Obteniendo resultados de avances como

¹⁴² Estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. Correo electrónico: dianaglzl@yahoo.com.mx

¹⁴³ Catedrática Investigadora de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. Correo electrónico: karlavaldesps@gmail.com

reestructuración de creencias irracionales y modificación de conductas desadaptativas de la paciente.

Palabras clave: Fobia social, terapia cognitivo conductual, estudio de caso.

Introducción

Como individuos sociales es importante reconocer la importancia de las interacciones y relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos en que los individuos se desempeñan, ya sea a nivel educativo, social, laboral o de ocio, son fundamentales para el desarrollo personal y emocional, esto es cierto en muchas especies, pero adquiere una relevancia en los seres humanos por la dominancia y desarrollo que ha tenido nuestra especie. Sin embargo, se reconoce que existen casos particulares de individuos que en lugar de generar satisfacción en el establecimiento de dichas interacciones les provocan conflicto, problemas e infelicidad dificultando así un desarrollo social e individual saludable en la persona.

Experimentar ansiedad en situaciones sociales es relativamente frecuente y normal entre la mayoría de las personas, sin embargo, esta ansiedad no suele ser tan elevada como para lograr interferir con la capacidad del sujeto para funcionar y desenvolverse en dichas situaciones de manera adecuada. Entonces el dilema en realidad no es si presenta ansiedad social o no, sino más bien, cuánta ansiedad experimenta, con qué frecuencia se presenta, en qué grado de evitación exhibe y cómo evalúa este acontecimiento (Falcone, 1995).

El Trastorno de ansiedad social también llamada Fobia social se caracteriza por generar ansiedad de desempeño social persistente y extrema, lo cual provoca angustia significativa e impide la participación en actividades cotidianas. Estas situaciones angustiantes frecuentemente son evitadas de manera gradual hasta llegar a evadirlas por completo. Dentro de las emociones percibidas por las personas que lo padecen se refiere el miedo, o en otros casos, se refiere que la exposición a estas situaciones son soportadas con una incomodidad acentuada (Nuñez, 2010). La fobia social fue oficialmente reconocida como entidad diagnóstica en 1980 dentro del Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, por sus siglas en inglés DSM, en su tercera versión (DSM-III) (APA, 1980).

Las personas que padecen fobia social generalmente temen que el escrutinio de los otros sea humillante, embarazoso o les haga parecer como *tontos* y sean negativamente evaluados. Estos individuos no tienen dificultades para realizar las mismas tareas temidas en ambientes privados y su conducta se ve deteriorada solamente cuando se siente observado (Barlow y Lehman, 1996).

Los sujetos diagnosticados con fobia social pueden presentar síntomas, no solo emocionales, sino también somáticos como: palpitaciones, temblores, sudoración, tensión muscular, boca seca, sensación de vacío en el estómago, ruborizarse, tensión y dolores de cabeza (Amies, Gelder y Shaw, 1983). Además, las cogniciones que pueden estar implicadas en el mantenimiento o agravamiento de este trastorno son muchas, dentro de las cuales se pueden mencionar una excesiva conciencia sobre sí mismos, temor a la evaluación negativa, patrones elevados para la estimación de su actuación y una percepción de falta de control sobre su conducta (Caballo, Buela-Casal, y Carrobles, 1995).

Este trastorno generalmente inicia en una edad temprana, al parecer en la adolescencia especialmente los primeros años (APA, 1994), no obstante, existe información de la presencia en un 33% de la aparición en la época infantil entre los cero a los diez años, asimismo se reporta que una vez que aparece comunmente suele ser crónico y puede durar toda la vida en caso de no recibir intervenciones adecuadas (Caballo, Buela-Casal, y Carrobles, 1995).

La prevalencia anual de este trastorno a nivel mundial es un poco menor al 7%, el número de casos en niños y adolescentes es muy similar al de adultos y en adultos mayores varía del 2 al 5%. Asimismo, en cuanto al género es más frecuente en mujeres que en hombres (Kupfer et al., 2014). De acuerdo con un estudio realizado en nuestro país por Caraveo y Colmenares (2000) este trastorno inicia a mediados de la segunda década de la vida, en la mayoría de los casos las personas estuvieron discapacitados y solo del 10 al 30% solicitaron ayuda.

Se desconoce la causa exacta del trastorno de ansiedad social (fobia social), empero se considera que se debe a temores aprendidos y adquiridos básicamente a través de tres maneras: por el condicionamiento directo, es decir que las conductas y creencias de temor a

la evaluación y evitación de situaciones sociales fueron castigadas o recompensadas por figuras significativas de la persona que lo padece; de manera vicaria, es decir que estas creencias o conductas se observaron en personas que tenían una importancia significativa a nivel emocional para quien lo padece actualmente; o finalmente por la transmisión de información que desarrolla en el sujeto las creencias irracionales que lo llevan a generar las conductas de evitación (Caballo, Aparicio y Catena, 1995). Además, no es frecuente que una persona con este trastorno describa el surgimiento del trastorno con un único suceso traumático, más bien el miedo aumenta de manera gradual al experimentar situaciones productoras de temor o por medio del aprendizaje social. En ocasiones esto ocurre en momentos de estrés o elevada activación, y es entonces cuando las respuestas de temor se aprenden fácilmente (Caballo, 1997).

Desde inicios de los ochenta, momento en el cual el trastorno fue clasificado como tal en el DSM-III, se ha puesto mayor atención a la investigación, desarrollo de intervenciones y específicamente a la efectividad empírica de los tratamientos cognitivos-conductuales. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad existen estudios con grupo de control que han demostrado su eficacia a diferencia de los grupos con falta de tratamiento. Actualmente existen tratamientos bien establecidos para cada trastorno, los cuales difieren dependiendo de las características del padecimiento concreto que es atendido y de la sintomatología que se presenta (Barlow y Lehman, 1996).

A continuación, se presenta el caso de una paciente con fobia social atendida desde un enfoque cognitivo-conductual, que a partir de las normas para la redacción de casos clínicos busca aportar información relevante para el análisis teórico y la aplicación práctica de las herramientas terapéuticas efectivas para la intervención en esta problemática (Buela-Casal y Sierra, 2002).

Identificación del paciente:

La paciente la cual nombraremos, Ana¹⁴⁴ tenía al momento de la consulta 19 años de edad. Su estado civil era soltera y no tenía hijos, se encontraba estudiando el cuarto semestre la licenciatura de una carrera del área de ciencias sociales.

Ana era hija única del matrimonio conformado por sus padres, quienes no residían juntos desde hacía cinco años, sin embargo, no se habían divorciado legalmente. Ella vivía solo con su madre, debido a que su padre moraba en otra ciudad por cuestiones laborales. Asimismo, refirió tener conocimiento de que su padre tenía una hija de tres años con otra persona.

Análisis del motivo de la consulta:

La paciente refiere que acude a terapia por el deseo de vivir la experiencia de asistir a terapia psicológica, además porque se siente ansiosa y en ocasiones deprimida. Se le observa como una persona tímida, sin embargo, muestra actitud cooperadora, ya que, aunque se detectan en ella dificultades para expresarse, contesta a cada uno de las preguntas de manera adecuada.

Ana en las primeras entrevistas comentó que cuando realizaba actividades como exponer en clase, presentar proyectos escolares, presentar exámenes, tratar con personas a quienes no conocía o que frecuentaba poco, tendía a percibirse muy nerviosa y ansiosa; en la medida de lo posible buscaba evitar este tipo de situaciones y en caso de no lograrlo las postergaba. De acuerdo con lo anterior, se concluyó que, para Ana, experimentar o pensar en situaciones sociales, en las que se percibía en la posibilidad de ser evaluada negativamente le generaba ansiedad.

Relató que en ocasiones y de manera inesperada, por algunos momentos sentía que no se podía quedar quieta, que tenía dificultades para respirar, dolor en el cuello, se agitaba, le sudaban las manos, sentía escalofríos, desesperación, le costaba trabajo enfocar su atención

¹⁴⁴ El nombre ha sido modificado para respetar los lineamientos éticos de confidencialidad

y tenía miedo a no poder controlarse. Comentó que dichas situaciones tenían una duración de 5 a 10 minutos, y que se presentaban de 2 a 3 veces por semana cuando se encontraba en periodos de evaluaciones parciales en su universidad, periodos en los que generalmente se le solicitaba entregar proyectos y presentar exámenes, no obstante, en los periodos vacacionales difícilmente aparecían estos síntomas. Debido a todo lo anterior se encontró que experimentaba una fobia social.

Historia del problema:

Ana durante las entrevistas narró que la primera vez que se percibió “muy nerviosa” fue al cursar los primeros años de primaria, debido a que la maestra que tenía en la escuela con frecuencia le solicitaba que leyera en voz alta frente a sus compañeros. Refirió que posteriormente cuando cursaba los últimos grados de primaria, al momento de irse a dormir experimentó por primera vez los síntomas previamente descritos, al indagar sobre los posibles orígenes del padecimiento comentó que siempre le había preocupado mucho salir bien en la escuela, además, de que en el periodo en que inició la sintomatología ella recuerda que sus padres discutían a gritos con frecuencia.

También informa que cuando cursaba la secundaria fue diagnosticada con gastritis y colitis, enfermedades atribuidas a su nerviosismo. Además, refiere que fue en la adolescencia en la que se da cuenta que “*no era tan bonita*” (Sic. Ana) en una auto comparación que hacía con sus compañeras de la escuela y que esto hacía que no se sintiera a gusto con su físico.

Los síntomas previamente descritos incluyendo los de ataques de pánico que aparecieron en su adolescencia y que se exacerbaron con el paso de los años, llevaron al desarrollo posterior de la fobia social. Los primeros síntomas estuvieron presentes desde su niñez y se incrementaban ante la presencia de otros, cuando se percibía en situaciones en las que consideraba estar en riesgo de ser evaluada, en este caso, estas situaciones hacían referencia principalmente al área escolar, sin embargo, esta situación había afectado también en su ámbito social, pues evitaba relacionarse con otras personas, tendiendo al aislamiento y la disminución de sus redes de apoyo.

Se auto describió como una persona con dificultades para socializar debido a su temor a ser juzgada o humillada. Y con frecuencia refería las altas expectativas que tenía su padre sobre su rendimiento académico.

Análisis y descripción de las conductas problemáticas:

En relación a la ansiedad por temor a la evaluación negativa, la paciente tendía a presentar ansiedad, es decir un estado de presión y miedo a exponerse de manera pública. Lo cual se veía reflejado en sintomatología somática como en la aceleración de su respiración, sudoración de sus manos, tartamudeo o repetición de sus ideas en donde explicaba varias veces lo mismo. Cuando hablaba con personas desconocidas o poco frecuentadas por ella, lo hacía después de pensarlo muchas veces e incluso después de haber pensado en formas de evadir la situación sin éxito. Además, exhibía dificultades para expresar lo que deseaba.

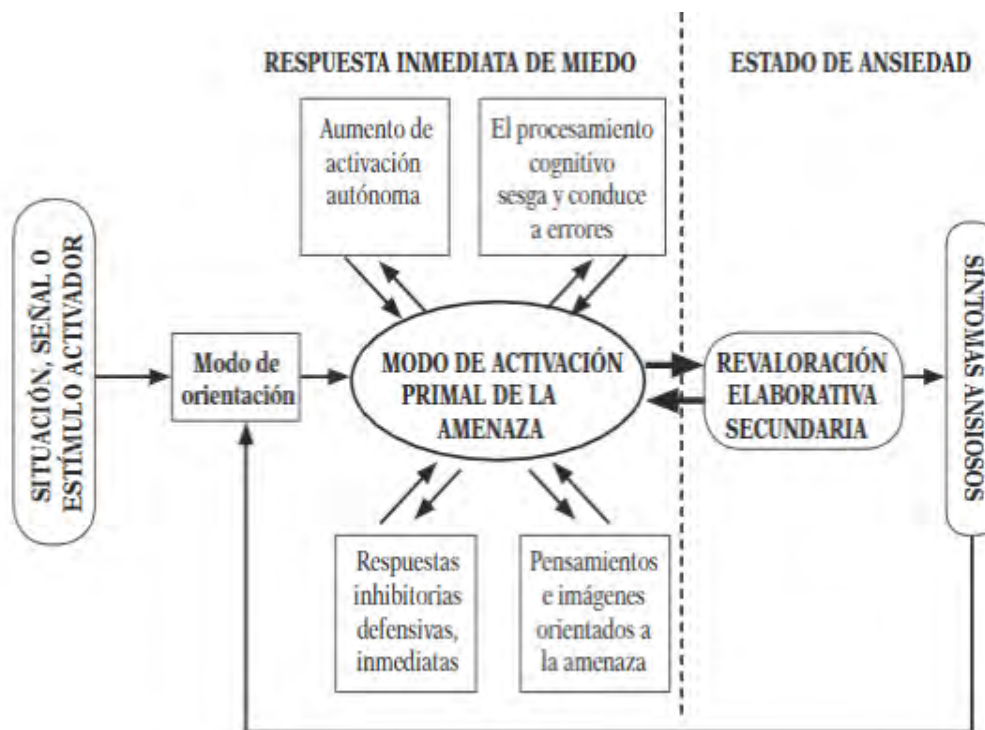
Con todo lo descrito anteriormente se llegó a la conclusión que su intención era tratar de proporcionar una imagen competente, idea principalmente reforzada por las creencias que tenía sobre lo que espera su padre de ella, ya que comentó que él así se lo había hecho saber repetidamente durante su infancia.

Con la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual se pretendió disminuir la ansiedad ante situaciones sociales, a fin de mejorar su estado emocional, sus relaciones interpersonales e incrementar su autoeficacia.

De acuerdo al Modelo Cognitivo de la Ansiedad de Aaron Beck y David Clark se propone que el modo en que una persona piensa afecta directamente en el modo en que se siente y las conductas que emite en función de dichas ideas (Clark, David & Beck, 2010). Esta explicación teórica exhibe una alta similitud con el caso de la paciente, ya que sus pensamientos de alta exigencia y de ser evaluada, por mencionar algunos, ejercían una poderosa influencia en las acciones y decisiones que tenía, generando así respuestas de activación fisiológica intensa e incontrolable, que a su vez la llevaba a presentar angustia aguda reflejada en la fobia social que padecía. Asimismo, y en concordancia con el modelo teórico y como la mayoría de las personas lo consideran, tendía a asumir que eran las situaciones específicas y no sus creencias, valoraciones y cogniciones las responsables de su

ansiedad. Lo anteriormente expuesto se puede entender de forma más específica al observar la figura 1, que presenta de manera gráfica la propuesta del modelo de ansiedad de Clark y Beck (2010) el cual propone que la activación de las cogniciones se dan cuando ante una situación, señal o estímulo activador lleva a que las personas según su modo de orientación tengan una activación inicial ante la amenaza, en donde se dan de manera automática las creencias, pensamientos, respuestas y la activación fisiológica autónoma que lleva a una evaluación secundaria que confirma la situación de peligro por lo cual se genera los estados y síntomas ansiosos que retroalimentan este tipo de respuestas ante situaciones iguales o similares a las que se enfrente la persona en otro momento.

Figura No. 1. Modelo Cognitivo de Ansiedad de Clark y Beck (2010)



Fuente: tomado de Clark y Beck, (2010). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.

Establecimiento de las metas del tratamiento:

Inicialmente el objetivo prioritario era eliminar o mínimamente aminorar los síntomas ansiosos que tenía Ana a través de la aplicación de técnicas de relajación que le permitieran tener un mayor control sobre la sintomatología fisiológica. Además, se consideró necesario disminuir la ansiedad a través de la exposición, es decir enfrentándola a situaciones sociales en las que se percibía en la posibilidad de ser evaluada negativamente, para así reestructurar las ideas irracionales que presentaba y lograr disminuir su evitación de dichas situaciones, en esta meta se implementaron tareas de interacción social en el ámbito escolar, ya que esta era la que en el momento de la atención psicológica ella considera más afectada.

El trabajar con la ansiedad que experimentaba al relacionarse con otras personas era de suma importancia ya que esta había reforzado su aislamiento social, que la llevaba a síntomas secundarios como el sentir tristeza y melancolía ante dicha situación, observándose que exista un malestar emocional complejo que requería de atención. El objetivo del tratamiento se enfocó en proporcionarle las estrategias y herramientas que le permitieran desempeñarse de manera adecuada en actividades escolares como: exposición de clase, realización de proyectos en equipo, etc., para así también mejorar sus relaciones interpersonales, establecer redes de apoyo fuera de su círculo familiar y en un futuro favorecer su desempeño profesional.

La consecución de los objetivos planteados permitiría finalmente incrementar su autoeficacia a través de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales que le permitirían disminuir gradualmente su sintomatología de ansiedad social al enfrentarse a este tipo de situaciones, pero sobre todo y de manera más importante el modificar su manera de pensar, reestructurar las creencias disfuncionales y desadaptativas, primeramente a través del reconocimiento en la forma de procesar automáticamente la información del medio ambiente, es la que influye de manera directa en la percepción de las situaciones, para posteriormente poder modificar a través de un procesamiento controlado que la llevara a analizar y cuestionar sus propias ideas para modificarlas por otras más objetivas y saludables.

Selección del tratamiento

La selección del tratamiento adecuado es fundamental en el éxito de una intervención psicoterapéutica. En el caso presentado se desarrolló una intervención desde el modelo cognitivo-conductual, de manera individual y establecida de acuerdo con las características, necesidades y recursos de la paciente.

Con la implementación del tratamiento se buscaba alcanzar las metas establecidas dentro del proceso inicial de evaluación y principalmente enfocadas a la disminución de la ansiedad en situaciones sociales. A continuación, se presenta la Tabla 1, en donde se plantean los objetivos específicos y del análisis de las técnicas más efectivas (Caballo, 1997) que se implementaron para su consecución.

Tabla 1 Plan de tratamiento

Objetivos	Técnicas
Desactivación de sintomatología fisiológica	Respiración Lenta, técnica 9-1-1
Conocer conceptual y teóricamente el trastorno presentado	Psicoeducación
Identificar y diferenciar pensamientos racionales vs irracionales	Psicoeducación del A-B-C ¹⁴⁵ Autorregistros de pensamiento
Modificar pensamientos irracionales y generar pensamientos adaptativos y más racionales	Parada de pensamiento/distracción cognitiva Reestructuración cognitiva
Exponer ante sus miedos para reestructurar la idea irracional	Desensibilización sistemática
Mejorar sus relaciones interpersonales y proporcionar recursos para dejar de evitar las situaciones sociales	Entrenamiento en Habilidades sociales Hablar en público; Petición de favores, Rechazar peticiones; Expresión de opiniones, incluido el desacuerdo; Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; Disculparse o admitir ignorancia; Afrontamiento de las críticas.
Evitar recaídas	Prevención de recaídas

Fuente: elaboración propia.

¹⁴⁵ Esta técnica es fundamental dentro del enfoque cognitivo-conductual. Enseña a los pacientes el funcionamiento general de su problemática, el cual se planteó de manera general en el trabajo. Se busca que se identifique las situaciones activadoras (A), los pensamientos que se generan ante estas (B) y las consecuencias o conductas que genera el individuo (C) y se enseña como lo que origina el malestar no son las situaciones (A), sino lo que pensamos sobre estas (B).

Para un adecuado plan de tratamiento se requiere indagar sobre las vivencias individuales de la historia del paciente, los antecedentes tanto próximos como remotos, que incidieron en el desarrollo de las respuestas tanto conductuales, fisiológicas o somáticas, afectivas y conductuales que presenta en la actualidad; y finalmente poder visualizar las posibles consecuencias que podría tener en caso de no recibir atención y así modificar sus creencias y conductas a corto y largo plazo. Para lograr esto desde el enfoque cognitivo-conductual se utiliza un análisis funcional, el cual se presenta para el caso reportado en la tabla 2.

Tabla 2 Análisis funcional del caso.

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p>Próximos: Enfrentarse a situaciones sociales, en las cuales se percibe puede ser evaluada negativamente.</p> <p>Remotos: Preocupación excesiva por mostrar una imagen competente sobre sí misma, sobre todo académicamente. Conflictos de los padres.</p>	<p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar pensar en lo que le preocupa - Creencias sobre perder la atención. - Creencias sobre perder el control. <p>Somáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para respirar/falta de aire - Dolor en el cuello -Se agita - Sudoración en las manos - Escalofríos - Respiración lenta y pausada <p>Afectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desesperación - Miedo - Vergüenza <p>Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No poder quedarse quieta. - Evita estar cerca de otras personas 	<p>Corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Ruptura de redes de apoyo <p>Largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Deserción escolar

Fuente: elaboración propia.

Como se había mencionado la paciente tendía a presentar ansiedad cada vez que se enfrentaba a situaciones sociales en las cuales consideraba pudiera ser evaluada negativamente, por esta razón cuando experimentaba este tipo de situaciones de manera consecutiva y frecuente exhibía periodos en los cuales se mostraba desesperada, presentaba dificultades para respirar, dolor en el cuello, agitación, sudoración en las manos y escalofríos. Asimismo, en sus respuestas conductuales no podía quedarse quieta, llevándola a perder la atención a lo que acontecía a su alrededor y tener miedo, sobre todo de perder el control de la situación a la que era enfrentada. Y, en respuesta a estos síntomas respiraba de manera lenta y pausada, ingresando aire hasta su estómago y evitaba estar cerca de otras personas, pues se sentía avergonzada.

En palabras de Ana refirió siempre haberse preocupado “mucho” por otorgar una imagen competente sobre sí misma, sobresaliendo el ámbito académico en esta preocupación. Y comentó que la primera vez que experimentó este tipo de síntomas fue cuando cursaba quinto o sexto grado de primaria.

Las consecuencias generadas ante dicha problemática eran el aislamiento social, el no contar con redes de apoyo y el padecimiento de fobia social. Todo lo anterior podría traer como consecuencias a largo plazo la complicación de su cuadro diagnóstico con la comorbilidad de depresión, dificultades académicas o incluso una posible deserción escolar.

Fase de evaluación. Selección y aplicación de técnicas de evaluación y resultados obtenidos.

La evaluación se realizó por medio de una entrevista inicial y la aplicación de cinco pruebas. A continuación, se presentan los resultados, así como su interpretación:

En cuanto al Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 1988), los resultados obtenidos en esta prueba reflejaron que Ana era una persona que tendía a presentar temores excesivos, los cuales le generaban niveles de ansiedad severa a extrema. Asimismo, reflejó puntuaciones elevadas en el área cognitiva, por lo cual la forma en como procesaba la información del medio ambiente y de las personas que la rodean tendía

a afectar sus relaciones interpersonales, generarle ansiedad por temor a la evaluación negativa de otros lo que posiblemente, en conjunto con algunas otras variables, era el origen de su aislamiento social. Es muy probable que ante situaciones de estrés su somatización se exacerbara y generara problemas de salud. Asimismo, es una persona con rasgos fóbicos, por lo cual presentar temor ante varias circunstancias o situaciones.

Dentro de los resultados obtenidos a partir del Inventario de Síntomas (SCL90R) (Casullo y Castro, 1999) la paciente presentaba susceptibilidad personal (1.33¹⁴⁶) y Depresión (1.31), por lo cual se demuestra con estos resultados su tendencia al aislamiento social y presencia de síntomas depresivos. Asimismo, en las escalas de malestar referido a síntomas positivos presentó un alto puntaje (1.38), lo que indicó que, aunque reconoce su malestar tiende a minimizarlo, esto de acuerdo con la puntuación otorgada en índice de severidad total (.76), en el cual se interpreta que es posible que busque mostrar una imagen positiva de sí mismo frente a los demás.

En relación a los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) arrojó una puntuación de 17, lo que se interpreta como depresión Leve.

Los resultados del Cuestionario de Personalidad (SCIDII) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, y Benjamín, 1999) exhibía rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad considerado como significativo, el cual se caracteriza por un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada; además, de un puntaje significativo en el Trastorno depresivo de la personalidad que se caracteriza por estado de ánimo decaído, falta de interés en situaciones que le generen placer; también presentó un puntaje elevado en el Trastorno Esquizotípico de la personalidad, que se define como un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento y; finalmente se consideró significativo el puntaje en el Trastorno de la personalidad por evitación que se

¹⁴⁶ El punto de corte para considerar una puntuación significativa en esta prueba es de 1.00.

observa a partir de un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

En cuanto a los resultados en el Test de Creencias de Ellis (Calvete y Cardeñoso, 1999), los resultados de esta prueba denotan que la paciente se rige por varias ideas irracionales. Estas se relacionaban con la tendencia a culpabilizar a otros por sus problemas y reacciones emocionales frente a la frustración, lo que la limitaba en determinadas circunstancias. Así mismo, las ideas irracionales relacionadas con la ansiedad acerca del futuro, la evitación de problemas, la dependencia de otros, la preocupación excesiva por los demás y las altas auto-expectativas presentaron un gran arraigo, por lo cual es probable que varias áreas de su vida están siendo afectadas por estas (Jones, 1968).

Resultados

Se estructuró un tratamiento psicológico de 12 a 14 sesiones secuenciales, una por semana, con una duración de 50 minutos aproximadamente por sesión, incluyendo dentro de esta la etapa de evaluación. Algunas sesiones no se lograron debido a faltas y cancelaciones, y al momento de la redacción de presente se llevaban once sesiones de todas las propuestas dentro de la intervención.

Es importante señalar que a pesar de que existe un tratamiento planeado es factible de ser modificado según las necesidades y avances del paciente. En el caso de Ana se decidió incluir una mayor cantidad de sesiones para consolidar la reestructuración cognitiva debido al número de ideas irracionales en la paciente, sin embargo, en cuanto a la enseñanza sobre las otras técnicas la paciente mostró una adecuada adquisición y aplicación de estas.

Durante la primera sesión se realizó el llenado de formatos como datos generales, consentimiento informado y contrato terapéutico. Además, se inició con la entrevista inicial. En la segunda sesión se terminó con la entrevista inicial y se inició con la aplicación de las pruebas la cual fue terminada en la tercera sesión, misma en la cual se inició con la instrucción para la aplicación como tarea en casa de la técnica de relajación 911, esto se decidió en

función de los resultados preliminares y para darle a la paciente una herramienta que pudiera ayudar en la disminución de sus síntomas de ansiedad.

Posteriormente en la cuarta sesión se hizo la devolución de resultados y psicoeducación sobre la terapia cognitivo-conductual y como funciona desde la premisa del ABC de Ellis, además de la explicación del trastorno que presenta. Las acciones realizadas en esta sesión son fundamentales para la adherencia al tratamiento, la clara comprensión de la paciente de su padecimiento y las implicaciones que tendrá al comprometerse con la psicoterapia. En esta sesión también se le indicó una actividad para casa, elaborar un autorregistro sobre pensamientos automáticos, para que empezará a comprender el funcionamiento de sus ideas irracionales en las conductas que tenía.

Es importante mencionar que al inicio de cada sesión se revisa la tarea o actividad dejada en la sesión anterior para asegurarse que la paciente haya logrado realizarla de manera adecuada, y que la habilidad o conocimiento que se tenía como objetivo alcanzar se haya logrado de manera completa, es decir evaluar y decidir si es necesario repetir algunas tareas para consolidar la adquisición del objetivo.

En la quinta sesión se profundizó en la identificación de las ideas irracionales que estaban afectando a Ana para continuar con una estrategia para controlarlas, en este caso se indicó las técnicas de parada de pensamiento y distracción, y como tarea para casa se le solicitó escribir un relato sobre una situación ansiosa, incluyendo pensamientos automáticos y cogniciones.

De la sexta a la novena sesión se trabajó en la reestructuración cognitiva aplicando las técnicas de las 7 preguntas y el debate. Como actividades de tarea se le pidió poner en práctica ella sola las técnicas revisadas en las sesiones y se empezó a trabajar en sus habilidades sociales indicándole participar en alguna actividad social de su elección para también empezar a exponerla a las situaciones generadoras de ansiedad ya con los conocimientos, habilidades y técnicas aprendidas previamente durante el tratamiento, con el objetivo de ir preparando a la paciente para la desensibilización sistemática.

En las últimas dos sesiones aplicadas se trabajó sobre la identificación de las emociones y como estas estaban ligadas a sus pensamientos y conductas, se continuó con la práctica en relación con la exposición graduada, se recordaron y retroalimentaron las técnicas aplicadas y se reconoció los logros alcanzados hasta el momento.

Al momento faltan las sesiones finales del tratamiento para consolidar todos los avances de Ana, desarrollar la prevención de recaídas que le permitan aplicar las técnicas en una diversidad de situaciones y fomentar así la independencia de la paciente en relación con la psicoterapia.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Ya que se ha desarrollado la mayoría del tratamiento propuesto es posible realizar una evaluación parcial del tratamiento.

Se observó en las conductas e información obtenida de la paciente la efectividad de las técnicas aplicadas. Se ha logrado disminuir la ansiedad ante situaciones sociales, además de reducir la aparición de síntomas motores, por ejemplo, la paciente reporta que en el presente puede impartir clase con sus compañeros de salón sin experimentar episodios de ansiedad, además de que éstos han aminorado su aparición considerablemente, y socializa con sus amigos de la escuela fuera de la institución.

Dichos avances se consideran en función de la adecuada elección de técnicas en conjunto con la adherencia de la paciente al tratamiento, por lo que de continuar de esta manera es posible esperar un pronóstico favorable.

Además, se tiene previsto después de concluir la intervención terapéutica, dar un seguimiento trimestral en dos ocasiones para revisar con Ana la estabilidad en los logros alcanzados.

Uno de los aspectos fundamentales del tratamiento y para la consecución de avances significativos dentro de las intervenciones terapéuticas, es la adherencia y compromiso con el mismo. Ana en general demostró lo anterior con su regular asistencia y puntualidad a las

sesiones y la aplicación de las tareas solicitadas, dichas condiciones permitieron un adecuado avance y seguimiento del plan de tratamiento. Actualmente a parte de las mejorías que ella misma reporta en su ámbito escolar y social, se le observa en las sesiones más segura al expresar sus desacuerdos u opiniones.

Conclusiones

El trastorno de ansiedad social provoca angustia que impide a las personas que lo padecen ser capaces de desarrollar adecuadamente sus actividades cotidianas. En los casos extremos llevan a las personas de manera gradual a evitar completamente las interacciones sociales y quedar prácticamente prisioneros en un espacio, generalmente sus hogares, como medio para no sentir el malestar que se presenta al estar en situaciones relacionales.

En comparación con la prevalencia de otros trastornos pareciera no ser tan elevado – 7% anual a nivel mundial- sin embargo, las consecuencias y secuelas en la vida de quien lo padece justifica el darle un lugar prioritario en la investigación e intervención dentro de la psicología y las áreas afines de la salud.

En el caso presentado se observó lo referido en la teoría sobre como las personas con este diagnóstico suelen presentar síntomas emocionales y somáticos (Amies, Gelder y Shaw, 1983). En el padecimiento que presentaba Ana estos síntomas somáticos se desarrollaron como ataques de pánico en los cuales tenía palpitaciones, sudoración, tensión muscular, entre otros.

Así mismo el analizar, clasificar y reestructurar las cogniciones implicadas en el desarrollo, mantenimiento y agravamiento del trastorno es una tarea fundamental del tratamiento. Es claro que la mayoría de los seres humanos vivimos en situaciones de interacción social, y es importante entender que la forma en que percibimos procesamos y enfrentamos cognitivamente estas interacciones hacen la diferencia entre quien padece una fobia social y quién no. Es por ello por lo que el tratamiento cognitivo – conductual resulta una aproximación eficiente en el tratamiento de dicho trastorno, ya que además de trabajar con las ideas irracionales que tienen las personas que lo padecen los llevan a la aplicación de

comportamientos que los vuelven más funcionales y que contradicen esos pensamientos desadaptativos.

Lo dicho anteriormente no demerita de ninguna forma la importancia de la historia personal y del desarrollo ya que no se debe dejar de lado las experiencias que se tienen a lo largo de la vida y que en muchos casos son las raíces de los padecimientos adultos. Esto se ve confirmado primeramente por el inicio temprano del padecimiento (APA, 1994; Caballo, Buela-Casal, y Carrobles, 1995) y por los postulados sobre los posibles orígenes del mismo que hablan de aprendizaje, aprendizaje vicario y condicionamiento (Caballo, Aparicio y Catena, 1995) que suceden en las personas desde el inicio de sus vidas y que en el caso de Ana se observa como algunas de las creencias asociadas a su padecimiento, las cuales estaban relacionadas con patrones y conductas que había adquirido a través de la observación y aprendizaje de patrones dentro de su familia.

Finalmente, y a pesar de que comúnmente la fobia social es considerada crónica y que genera deterioro significativo en la vida de quien lo padece, es alentador saber que existen tratamientos efectivos para restaurar en las personas un equilibrio emocional que les permita adaptarse a la vida social.

Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a edición) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA
- American Psychiatric Association (1980). The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (3a edition). Washington D.C.: APA
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Barlow, D. H. y Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Buela-Casal, G., y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 2(3), 525–532.
- Caballo, E., Aparicio, C. y Catena, A. (1995). Fundamentos conceptuales del modelo conductual en psicopatología y terapia. En Caballo, V., Buela-Casal, G. y Carroble, J. (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad afectivos y psicóticos*. Vol. I. 9º ed. Madrid, España: SXXI de España Editores.
- Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. (S. A. Siglo XXI de España Editores, Ed.) (Primera, Vol. 1). España.
- Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo XXI.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2).

- Caraveo, J. y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*. 23(5).
- Casullo, M., y Castro, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90. En *Anuario de Investigaciones VII* (pp. 147-157), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Clark, D. & Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España. Desclée de Brouwer.
- Falcone, E. (1995). Fobia social. En B. Range (dir.). *Psicoterapia compórtamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Sao Paulo: Psy.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., Benjamin, L., (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Jones, R. G. (1968). *A factor's measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. Doctoral Dissertation, Texas Technological College.
- Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. <https://doi.org/10.1109/CEFC.2010.5481417>
- Miguel, J. y Cano, A. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, 2ª Ed.* Madrid: TEA.
- Nuñez, J. (Tr). (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología* (Editorial). México.

Dificultades y retos en la reincursión laboral de pacientes psiquiátricos. Estudio de caso desde una intervención cognitivo conductual

*Eliezer Cerda Duran*¹⁴⁷

*Karla Patricia Valdés-García*¹⁴⁸

Resumen

Los problemas psicológicos son cada vez más frecuentes e incapacitantes, lo cual se observa en el incremento de las cifras y según diversos autores y estudios; sólo por mencionar algunos de los trastornos reportados y de los cuales se cuentan con datos se puede hacer referencia a la depresión que afecta a 300 millones de personas, el trastorno afectivo bipolar a 60 millones y la esquizofrenia a 21 millones. (OMS, 2018).

Además del padecimiento en sí mismo, existe una diversidad de secuelas y costos que las enfermedades mentales dejan en quien las padece, sus familias y la sociedad en general. La reincursión de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico al ambiente laboral actualmente es uno de los grandes retos a los que el sector salud y laboral se enfrentan en conjunto.

Inicialmente las personas con diagnóstico psiquiátrico difícilmente buscan oportunidades laborales exacerbando así el malestar presentado por dificultades económicas y de exclusión social. Por otra parte, se ha observado que en la actualidad a las empresas se les requiere desarrollar estrategias para incidir en la salud mental de sus trabajadores, a través de normas como la 035 de la ley de trabajo y previsión social (LFT, 2018). Por ello algunas instituciones han formalizado la prestación de servicios preventivos y de tratamiento psicoterapéutico como uno más de los beneficios que ofrecen a sus empleados.

El presente artículo presenta un estudio de caso de una paciente con diagnóstico psiquiátrico atendida en su centro laboral desde el enfoque cognitivo-conductual. El análisis de los resultados encontró evidencia de la mejoría en la calidad de vida de la paciente y presenta evidencia de este tratamiento como una alternativa efectiva para dar respuesta a las demandas y a la realidad actual en relación a la salud mental y la inclusión laboral (Del Toro, Angulo, y Zabaleta, 2011).

¹⁴⁷ Estudiante del Posgrado en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila eliezercerda@uadec.edu.mx

¹⁴⁸ Profesor/Investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. karlavaldes@uadec.edu.mx

Palabras Clave: reincesión laboral, esquizofrenia, intervención cognitivo conductual

Introducción

Los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial señalan que en las personas tienen un 12 a un 48 de probabilidad de llegar a padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida. Estas cifras en conjunto con los datos de enfermedades diagnosticadas que presentan organizaciones mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) permiten corroborar la alta prevalencia de los trastornos mentales (OMS, 2018). Tal es el caso de psicopatologías altamente incapacitantes y con elevados costos personales, familiares y sociales como la depresión que se estima afecta a aproximadamente 300 millones de personas, el trastorno afectivo bipolar con 60 millones de individuos afectados o la esquizofrenia que se ha reportado en 21 millones de casos en el mundo (OMS, 2018).

En México se observa que el porcentaje de trastornos se encuentra en aproximadamente el 28% de la población, y de estos se ha encontrado que 1 de cada 10 recibieron atención especializada para la atención de su padecimiento (Madrigal, 2016).

Actualmente el reto es enorme para las instituciones de salud pública y privada en el país, pues se requieren estrategias con metas a corto, mediano y largo plazo para llegar a los estándares de salud mental indicados internacionalmente. Para ello es necesario crear redes de salud mental, programas para la adherencia terapéutica y desarrollar un sistema único de información en salud mental (Taboada, Montoya, Gómez, Arteaga, y Correa, 2016).

Durante el año 2018 el gobierno de México reformó la norma 035 de la Ley federal del trabajo (LFT), en la cual se estableció su entrada en vigor para un año después de haber sido publicada, esto es, en agosto del año 2019. En ella se especifica como los centros de trabajo deben prevenir que las labores desarrolladas dentro de sus instalaciones no puedan ser el origen de trastornos de ansiedad en sus empleados, trastornos no orgánicos del ciclo sueño-vigilia, de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del

puesto de trabajo, el tipo de jornada y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o actos de violencia laboral a los empleados, por el trabajo desarrollado (LFT, 2018).

Sin embargo, analizando a detalle lo indicado en la normatividad establecida es necesario especificar elementos psicológicos dentro de las posibles consecuencias que busca prevenir, tal es el caso de la ansiedad, pues se debe clarificar que esta es parte natural y presente en todo ser humano, ya que está en nuestra conciencia y forma parte de las habilidades que se requieren para preservar la vida y que permite evaluar, enfrentar o evitar situaciones de riesgo. El origen de la ansiedad puede ser observado en sucesos crueles, actos violentos o sucesos socialmente perturbadores en los cuales esta nos permite sobrellevarlos de manera adaptativa. Sin embargo, el miedo y la ansiedad también se puede desarrollar en contextos de presiones, demandas y estrés fluctuante de la vida cotidiana y sus senderos (Clark y Beck, 2010) en situaciones en las cuales desde la conceptualización anterior la vida no está en riesgo y la presencia de la ansiedad no tiene una función vital. Para la intervención en este segundo escenario ello existe una terapia con planteamientos teóricos y técnicas corroboradas empírica y científicamente para su tratamiento, esta es la terapia cognitivo conductual, que se orienta al trabajo con las estructuras y procesos cognitivos mal adaptativos que son comunes en todos los trastornos. Beck afirma como uno de los pioneros en esta terapia:

- Las cogniciones de las personas son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente por lo general a partir de sus cogniciones.
- Estas cogniciones constituyen un campo fenoménico de un individuo y reflejan la configuración que una persona tiene de sí misma, el mundo, su pasado y su futuro.
- La modificación del contenido de las estructuras cognitivas de la persona influye en la modificación de su estado afectivo y sus pautas de conducta. (Beck, 1983, p.17)
- Mediante la aplicación de este tipo de terapia psicológica un paciente puede llegar a identificar sus distorsiones cognitivas y. modificarlas.

- La corrección de estos constructos erróneos, por otros más objetivos y acordes a la realidad puede producir una mejoría clínica en los pacientes.

La organización estructural del pensamiento del paciente es de suma importancia ya que como menciona Beck, (1983):

“El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona” (p. 21).

A un nivel que suele ser no consciente y profundo se encuentran estos constructos cognitivos, llamados esquemas nucleares, que pueden ser rígidos (irracionales) o flexibles (racionales). Estos esquemas organizan y guían el procesamiento de la información y se encargan de:

- a) un cumulo almacenado de conocimientos (experiencias) con el que interactúa la información entrante;
- b) tiene una estructura interna consistente que organiza la información entrante de forma particular;
- c) engloba información genérica, de forma que los casos específicos se procesan utilizando el apropiado esquema para imponer estructura.

Los esquemas pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos de identidad personal y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar información (Beck, 2011).

La ansiedad tiene diversas manifestaciones y se presenta en comorbilidad con muchos trastornos psicológicos, entre uno de los más discapacitantes y mal diagnosticados se encuentra la fobia social. Esta se caracteriza por un fuerte temor a situaciones sociales, donde, el individuo teme la evaluación negativa de los demás ante la posibilidad de actuar de un modo embarazoso, Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008) afirman:

“La fobia social presenta un gran número de sesgos cognitivos, sobre los que destacan los sesgos atencionales e interpretativos, explicándose su mantenimiento por: (1) la búsqueda de conductas de seguridad que limita el feedback de su propia conducta social; y (2) la focalización de la atención sobre sus síntomas fisiológicos internos (sesgo atencional) y utilización de dicha información para inferir erróneamente cómo los demás les perciben (sesgo interpretativo)” (p. 290).

El presente trabajo muestra un estudio de caso de una paciente con diagnóstico psiquiátrico atendida en un espacio generado dentro de su centro de trabajo, en la ciudad de Saltillo, Coahuila. Aparentemente la trabajadora no presentaba disminución en su productividad laboral, pero si en su calidad de vida fuera de dicho ámbito, por lo que la empresa buscó cubrir la necesidad de una asesoría psicológica.

El enfoque terapéutico para el tratamiento de este paciente fue desde la terapia cognitivo conductual, ya que este ha demostrado, como se mencionó anteriormente, su efectividad empírica en la atención de diversos trastornos y en situaciones de malestar general (Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008; García et al., 2014).

Caso Clínico:

Datos de Identificación del paciente

Nombre: CAVA¹⁴⁹

Sexo: Mujer

Edad: 33 años

Estado civil: Soltera

Ocupación: Obrera

Motivo de consulta

CAVA solicitó terapia por recomendación de su psiquiatra ya que ella tenía un diagnóstico de esquizofrenia desde los 14 años; Su médico consideró que era necesario que llevara un tratamiento conjunto desde la psicología además del farmacológico para que su calidad de vida tuviera una mejora significativa (Silva y Restrepo, 2017).

Su centro de trabajo generó un espacio para que el departamento de posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila impartiera sesiones terapéuticas a su población de trabajadores que así lo desearan como uno más de los beneficios que la empresa ofrece a sus empleados.

En el primer contacto que se tuvo con la paciente ella manifestó que su motivo de consulta era mejorar su nivel de autoestima ya que ella aseguraba que su autoconcepto era débil y este le generaba un malestar y una incapacidad para relacionarse con sus pares dentro y fuera del centro de trabajo (Salavera, Payuelo, y Serrano, 2011).

Evolución del problema

La paciente mencionó que desde una edad temprana ella sufrió de privaciones, sus padres restringieron sus interacciones sociales cotidianas como por ejemplo el salir con amigos de la escuela, platicar con ellos de regreso a casa, etc. Por lo que la paciente creció con temores hacia las relaciones sociales cotidianas y con falta de herramientas para fomentarlas.

¹⁴⁹ Se utilizan iniciales para proteger la identidad de la paciente y atender a las consideraciones éticas de confidencialidad de los reportes de casos. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2012)

A los 13 años la paciente comenzó a sufrir fuertes dolores de cabeza, alucinaciones auditivas y visuales, sus padres hicieron caso omiso de estos síntomas que se fueron acentuando más hasta el punto de que su familia llegara a considerar que utilizaba algún tipo de sustancia. La paciente refiere que en su desesperación intentó suicidarse, momento en el cual sus padres decidieron acudir a un centro de salud para resolver esta situación y fue en ese momento en el que recibió el diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. Desde ese momento empezó con tratamiento, el cual es evaluado con periodicidad hasta la actualidad.

A partir de los 18 años ella reportó que empezó a consumir alcohol de manera excesiva y algunas otras sustancias, ya que, según el análisis de la paciente, con ello evadía el vacío que sentía de afecto y cariño. CAVA se casó a temprana edad y reportó que su matrimonio no era satisfactorio, refiere que esta situación la llevaba al grado de solo ebria poder mantener relaciones sexuales con su cónyuge (Solter et al., 2004). De este matrimonio nació su hija y posteriormente la relación fue terminada.

La insatisfacción y malestar que sintió en su relación matrimonial la condujeron a buscar nuevas relaciones, según comentó la paciente y en una de estas relaciones quedó embarazada y tuvo su segundo hijo (Posada et al., 2018). Esta nueva relación tuvo una duración aproximada de 4 años y la paciente la denominó como toxica ya que su pareja era agresivo y posesivo, según lo referido por CAVA durante esos años de relación se presentaron una serie de constantes rupturas y reconciliaciones; Cuando la paciente decidió terminar la relación definitivamente cayó en una depresión severa, de este hecho había pasado un año aproximadamente hasta el momento en que decidió solicitar apoyo psicológico (Esbec y Echeburúa, 2016).

En el momento de la consulta la paciente reportaba enfocarse solo en su trabajo y cuestiones cotidianas, dentro de su ambiente laboral ella se considera productiva, pero llegó al servicio psicológico solicitando ayuda para mejorar sus herramientas sociales ya que refirió deseos de mejorar sus habilidades para relacionarse como el resto de sus compañeros tales como platicar casualmente, reír, socializar, etc. muy particularmente mencionó una situación en la cual la paciente se le asoció sentimentalmente con un compañero de trabajo a través de bromas y comentarios entre los compañeros, pero ella comentó que no sabía cómo reaccionar a esto y que ello le generaba una elevada ansiedad con diversas manifestaciones y una sensación de desesperanza.

Análisis y descripción de la conducta problema

Se aplicaron los siguientes instrumentos para el análisis de los síntomas y el posterior diagnóstico:

- Guía de entrevista de Manuel Muñoz (Muñoz, 2003)
- Test de creencias de Ellis (Lega, Sorribes, y Calvo, 2017)
- *Check List* de síntomas (SCL-90) (Sanchez y Ledezma, 2009)
- Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID II) (APA, 2002)
- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) (Cano y Tobal, 2002)
- Inventario de depresión de Beck (Beck, Steer, y Brown, 1996)

La paciente manifestó síntomas de ansiedad y síntomas de depresión por encima de lo normal. El problema más evidente fue la evitación que la paciente tuvo ante situaciones sociales que le producían una variada manifestación de ansiedad tanto cognitiva, somática como conductual que al final reforzaban su creencia de inutilidad y desesperanza.

Para entender la dinámica del malestar psicológico en las personas, la terapia cognitiva propone el ABC que hace referencia a como las personas ante una situación activadora (A) tienen una serie de creencias (B) que llevan a que se desarrollen una serie de consecuencias (C) (Beck, 2011), poniendo énfasis en que las consecuencias son producto de lo que las personas piensan sobre una determinada situación y no la situación por sí misma. Esta premisa además se puede observar y entender más concretamente a partir de un análisis funcional, un ejemplo de esto se encuentra en la tabla 1, en dónde se coloca la manifestación del malestar de CAVA desde un análisis de sus antecedentes, sus respuestas y consecuencias derivado de la situación social que en la actualidad le generaba el malestar.

Tabla 1. Análisis funcional

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Remotos:</i> <i>Infravalorada por el papá</i></p> <p><i>Próximos:</i> <i>Bromas de sus compañeras acerca de su posible relación con un chico de la fábrica.</i></p>	<p><i>Cognitiva:</i> -“no sé cómo interactuar” -“estoy gorda por eso no se fijará en mí” -“la gente no se da el tiempo de conocerme” -“cuando me dicen un cumplido pienso que no es cierto y cuando me dicen una crítica me la creo”</p> <p><i>Fisiológica:</i> <i>Bloqueo físico (quemadura con el cautín), insomnio</i></p> <p><i>Emocional:</i> <i>Desesperanza</i></p> <p><i>Conductual:</i> -Intenta no hablar con el compañero -Pedir cambio de operación para poder estar sola</p>	<p><i>Corto plazo:</i> -Aislamiento -Acentuación de los síntomas -Accidente laboral</p> <p><i>Largo plazo:</i> -Perdida del trabajo -Desarrollar trastorno depresivo mayor -Desarrollar trastorno esquizoafectivo o fobia social</p>

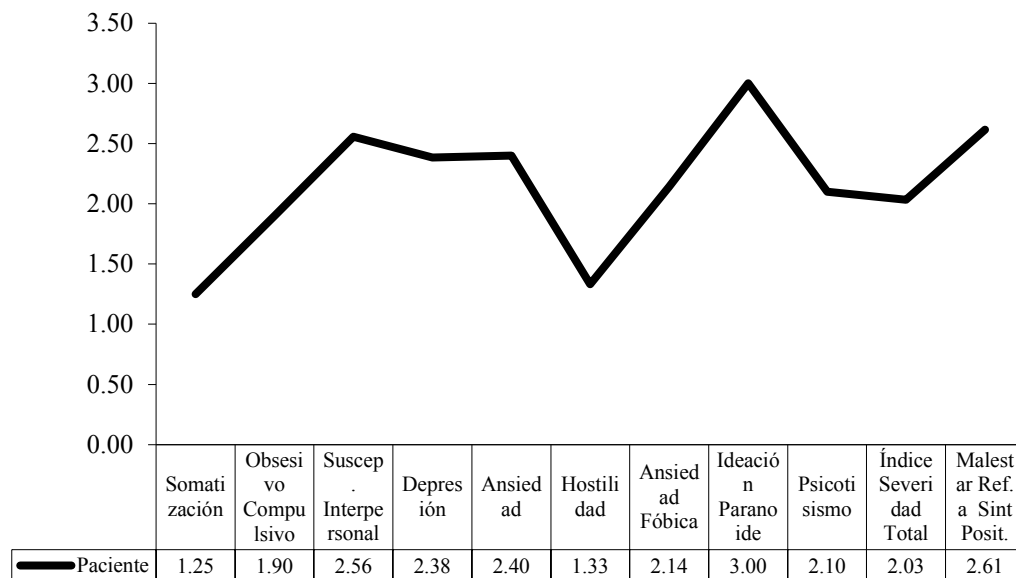
Fuente: Elaboración propia

Obtenidos a partir de los resultados del test de creencias de Ellis (Lega, Sorribes, y Calvo, 2017) en el caso de esta paciente se encontró que los esquemas que más significado tenían y que la llevaban a interpretar su realidad eran los siguientes:

- Se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.
- Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad. La gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden en sus emociones.
- Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

En la tabla 2 podemos observar los resultados del *Check List* de 90 síntomas (SCL-90), tomando la puntuación de uno como punto de corte para interpretar los síntomas que están afectando el ritmo de vida de la paciente. En este caso el punto más alto es la ideación paranoide, relacionada con su diagnóstico de esquizofrenia; seguido de la susceptibilidad interpersonal, que concuerda con los sentimientos de inadecuación reportados en su entorno laboral; y depresión, que por los antecedentes y desencadenantes que tenía la paciente se manifestaban en sentimientos de abatimiento y desesperanza por no conseguir entablar relaciones como los compañeros del trabajo.

Grafica 1. *Check List* de 90 síntomas SCL-90



En cuanto a los resultados obtenidos por la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV se observaron puntuaciones elevadas y con mayor significancia la personalidad narcisista histriónica y por evitación. Aunque hay algunas otras que obtuvieron puntuación significativa, el tratamiento se enfocó en el trabajo con estas tres mencionadas y la disminución de sus consecuencias. Los resultados completos se muestran en la gráfica 1

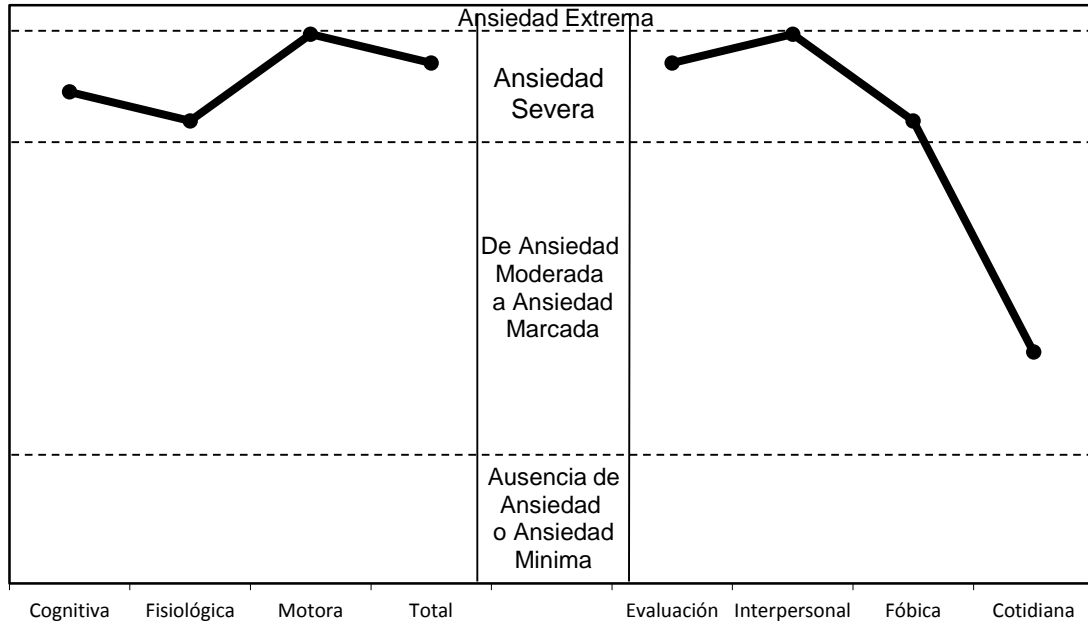
Tabla 2. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV (SCID II)

	Suma	Juicio Clínico	Umbral
Trastorno de personalidad por evitación	7	Significativo	4
Trastorno de personalidad por dependencia	5	No Significativo	5
Trastorno de personalidad Obsesivo – Compulsivo	6	Significativo	4
Trastorno de personalidad Pasivo – Agresivo	6	Significativo	4
Trastorno depresivo de la personalidad	5	No Significativo	5
Trastorno paranoide de la personalidad	6	Significativo	4
Trastorno esquizotípico de la personalidad	5	No Significativo	5
Trastorno esquizoide de la personalidad	6	Significativo	5
Trastorno histriónico de la personalidad	10	Significativo	5
Trastorno narcisista de la personalidad	8	Significativo	5
Trastorno límite de la personalidad	7	Significativo	5
Trastorno antisocial de la personalidad	4	No Significativo	5

Fuente: elaboración propia.

Para el tratamiento era necesario observar en que forma y en que intensidad se mostraba la ansiedad, la tabla 4 nos muestra claramente que la paciente manifestaba en general síntomas ansiosos severos, es por ello que se hizo especial énfasis en el tratamiento para la contención de los síntomas ansiosos además de la restructuración del significado de amenaza percibida.

Grafica 2. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)

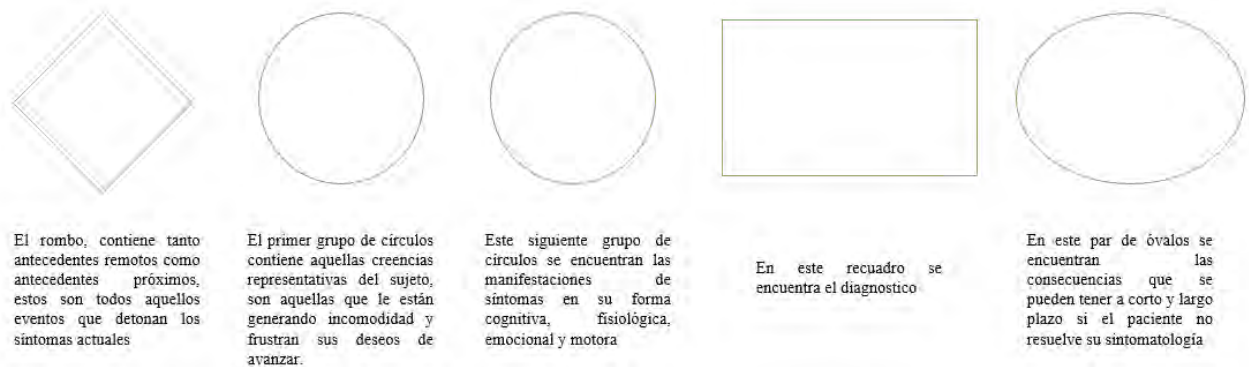


Fuente: elaboración propia

En el inventario de depresión de Beck calificó con 27 puntos lo que se considera una depresión a nivel moderado.

Finalmente, y a partir de todos los resultados de las pruebas y herramientas utilizadas para la evaluación de la paciente se desarrolló la formulación del caso de la paciente. Esta estrategia utilizada dentro de la terapia cognitivo – conductual permite la visualización de la problemática presentada por un paciente a través del uso de simbología específica. En la imagen 1 se puede observar el significado de cada una de las formas y su función para su mejor comprensión.

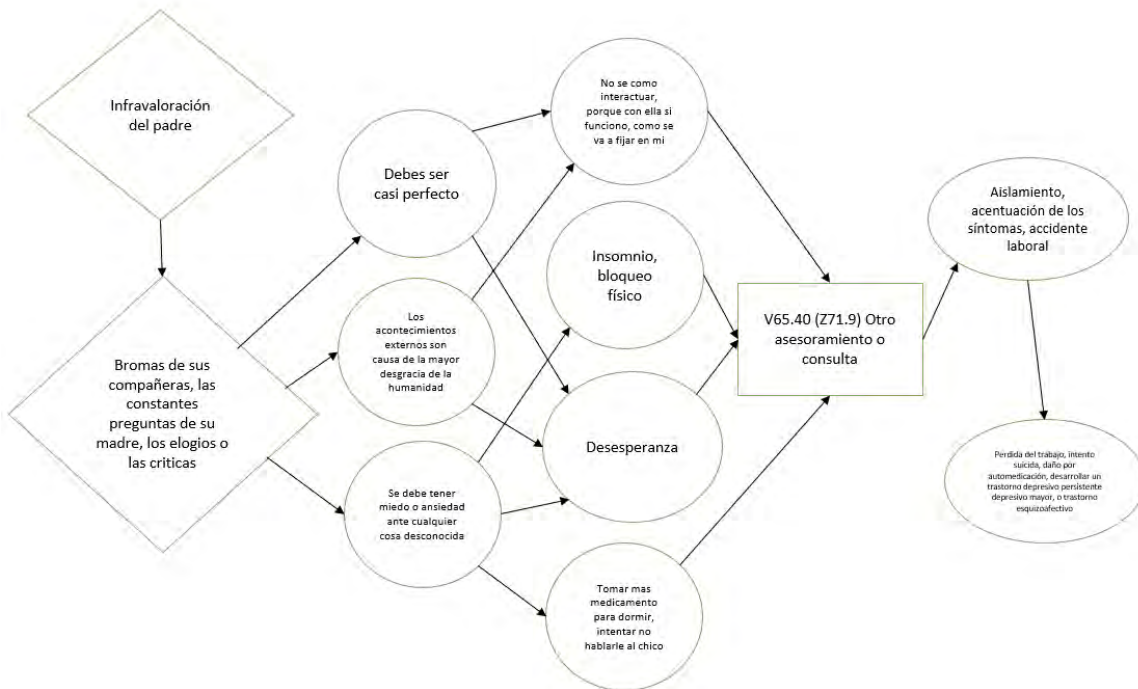
Imagen 1. Elementos para la formulación del caso



Fuente: Basado en (Godoy y Haynes, 2013).

Una vez clarificado el uso y estructura de las formulaciones clínicas se presenta la desarrollada en el caso de CAVA a partir de los resultados de la evaluación en la imagen 2. En donde se puede observar como estos esquemas influyen en los pensamientos, emociones y conducta de la paciente provocando en ella conductas mal adaptativas.

Imagen 2. Formulación Clínica de CAVA



Fuente: Elaboración propia

Establecimiento de metas del tratamiento

El establecimiento de metas no solo fue el trabajo derivado de la interpretación de los síntomas sino también conforme a las metas que la paciente quería lograr, es por ello por lo que se tomó en cuenta cuales eran la principal ganancia que la paciente deseaba llevarse al finalizar el tratamiento terapéutico. Por lo que de un trabajo conjunto se derivaron los siguientes puntos para favorecer que la paciente pudiera entablar relaciones sociales cotidianas de manera saludable y adaptativa:

- Convivir con otras personas en un área laboral comunitaria.
- Entablar una relación social casual por ejemplo platicar de un tema irrelevante.
- Relacionarse con personas ajenas a su trabajo.
- Entablar un cortejo sano, sin apearse a la persona antes de entablar una relación seria.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Dentro de los objetivos terapéuticos se generaron dos grandes áreas, los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos, el optar por enfocarse en uno habría significado un error ya que en este caso ambos estaban estrechamente relacionados y se necesitaba trabajar en ambos para evitar recaídas en el otro (Pelissolo, 2019).

Selección y tratamiento más adecuado

En este caso uno de los principales objetivos era la activación conductual del paciente para mejorar su estado de ánimo y de ahí partir para la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, la búsqueda de actividades placenteras, entre otros. A continuación, se presenta la tabla 3 con los objetivos y las técnicas utilizadas para alcanzarlos (A. Nezu, C. Nezu, y Lombardo, 2004).

Tabla 3.

Objetivo	Técnica terapéutica
Dar información al paciente sobre su padecimiento	Psico educación
Desactivación fisiológica	Técnica de Jacobson 5 y 20 min y 911
Identificación de pensamientos, emociones y conductas negativas o desadaptativas	Auto registro, parada de pensamiento
Evitar la focalización en los pensamientos negativos e irracionales	Técnica de distracción
Reestructuración de los pensamientos desadaptativos	Debate, técnica de auto instrucción, auto reforzamiento técnica de las 7 preguntas, errores de pensamiento, ejercicio de catastroficidad, técnica de retribución
Entrenamiento en habilidades sociales	Role playing y asertividad
Activar a la paciente para mejorar su estado de ánimo a través de actividades placenteras	Búsqueda de actividades placenteras
Prevenir al paciente sobre posibles recaídas	Técnica de recaídas

Fuente: Elaboración propia

Aplicación del tratamiento

La mayoría de las técnicas fueron puestas en práctica en el hogar de la paciente ya que en ocasiones se dificultaba el tener todos los instrumentos necesarios en el área laboral por ese motivo se le dejó algunas técnicas para practicar en su área familiar y personal ya que en general cuando ella comenzaba su día con cogniciones sanas encontraba que sus actividades laborales le eran más llevaderas y adaptativas.

A continuación, se presenta una explicación general de las técnicas utilizadas dentro del tratamiento de CAVA (Lega y Vargas, 2017; Nezu et al., 2004; Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2012)

Psicoeducación.- Explicar al paciente la forma en la que está funcionando actualmente, desde el modelo ABC, he de mencionarle que el objetivo del tratamiento está en la variable B (pensamientos y emociones), además como su estilo de personalidad y algún evento pasado pudo haber generado su actual forma de comportamiento pero que el punto central del enfoque cognitivo conductual es el presente y como este puede ser reconstruido desde su forma de evaluar, a través de sus pensamientos y emociones más sanas. También es importante recalcar que actualmente tiene algunas consecuencias (sintomatología negativa) pero que si continúa actuando de una manera desadaptativa estos síntomas podrían aumentar y traer otras consecuencias (Zapata, Rangel, y García, 2015).

Desactivación fisiológica. - La paciente presentaba un cuadro agudo de síntomas ansiosos que en conjunción con su padecimiento psiquiátrico le generan una incapacidad para conciliar el sueño, que favorecían sus pensamientos rumiativos y conductas desadaptativas como el tomar medicamento para poder dormir. Se usó esta técnica para que la paciente por si sola pudiera llegar a un grado de relajación y por ende conciliar un sueño reparador sin necesidad de una ayuda externa. Para ello se le concedió un audio de 20 minutos para realizarlo en casa con las instrucciones de la relajación progresiva de Jacobson para su área laboral se le enseñó la técnica 911 de 5 minutos que consta de 21 repeticiones de una serie de inhalar lentamente aire, retener 8 segundos y luego soltar el aire lentamente (Anmella, Costanzo, Rosas, y Bernardo, 2017).

Auto registro. – El auto registro ayudó en gran manera a que la paciente identificara primero sus pensamientos y emociones para posteriormente lograra identificar que luego de estos ella estaba teniendo conductas desadaptativas que solo favorecían sus creencias irracionales.

Después de la reestructuración cognitiva la paciente uso esta herramienta para poder generarse opciones sanas de comportamiento, estas opciones se revisaron en sesión para verificar si tenían un componente sano y no de evitación.

Parada de pensamiento. – La paciente manifestaba mucha rumiación de pensamiento la mayor parte del tiempo por lo que se le enseñó la técnica de parada de pensamiento en varias modalidades (uso de la liga, un aplauso fuerte, o decir en voz alta: *basta*) para que cuando ella detectara que comenzaba a retomar sus pensamientos desadaptativos pudiera detenerlos para posteriormente analizarlos de forma coherente con otras técnicas cognitivas.

Técnica de distracción. – Con la paciente se acordó la técnica más adecuada a su entorno, generalmente ella lee libros de autoayuda por lo que se le invitó a que posteriormente a la detención de esos pensamientos comenzara a leer alguno de sus libros en voz alta para distraer sus cogniciones y evitar la rumiación de los pensamientos desadaptativos. En su área laboral se le pidió que, por razones inherentes a su puesto de trabajo, por el espacio y tiempo, en lugar de leer cantara alguna canción que ella disfrutara en voz alta para de igual manera evitar la rumiación.

Errores de pensamiento. – En la sesión en la cual se trabajó con los errores de pensamiento se tomó en cuenta los más comunes y presentes en la paciente, los cuales fueron *todo o nada, pesimismo excesivo, optimismo excesivo, razonamiento emocional, leer la mente, auto engaño, normas inútiles, justificación, ideas exageradas* (Beck, 2011) se planteó que todos tenemos o podemos tener este tipo de errores al evaluar una situación pero que es importante identificarlos y modificarlos para tener una adaptación al ambiente más saludable.

Técnica de las 7 preguntas. – Esta técnica va en mancuerna con la anterior ya que consta de las preguntas:

- ¿En qué tipo de error puedo estar cayendo?
- ¿Qué pruebas tengo de que este pensamiento es cierto?
- ¿Hay una explicación alternativa u otra manera de ver la situación?
- ¿Cuál es el resultado más realista a esta situación?
- ¿Qué efectos tiene que yo me crea este pensamiento y que efectos podría tener que yo cambiara mi forma de pensar al respecto?
- ¿Qué le diría a un amigo cercano (o a un familiar) si estuviera en la misma situación que yo y que le asaltara ese pensamiento?
- ¿Qué debería hacer ahora?

Que la paciente practicó en sesión y que se indicó pueden volverse un auto diálogo crítico que debería aplicar cuando se percatara de estar teniendo algún pensamiento desadaptativo. Además, no solo confrontó a la paciente con su actuar, sino que además buscó promover que ella misma generara nuevas conductas a partir del análisis de las consecuencias que le estaba trayendo su forma actuar y de pensar contra los resultados que tendría cambiar esa forma de pensar.

Ejercicio de catastroficidad. – La paciente constantemente manifestaba que su malestar era demasiado grande, retomando el error de pensamiento de “ideas exageradas” se

usó este ejercicio para ponerla en preselección con otras situaciones difíciles de la vida, se tomaron noticias actuales de violencia, muerte o accidentes del ámbito nacional y local, la paciente ordenó de la más insoportable a la más tolerable y se le pidió que encajara su situación en el rango que considerara que debería ir su situación con respecto a las demás. Ella tomó una perspectiva más positiva y se mostró más optimista hacia su situación actual.

Técnica de retribución. – La paciente constantemente se culpaba y se responsabilizaba en mayor parte por muchas situaciones negativas de su vida, por ejemplo, que sus relaciones no hayan funcionado. Se utilizó este ejercicio para darle una nueva distribución de porcentajes de responsabilidad a todos los involucrados sabiendo ahora cosas que en su momento no se percató o tomó en cuenta, logrando que la paciente se hiciera responsable por las acciones que le correspondían directamente a ella y se hizo hincapié en que esa responsabilidad debía ser afrontada con la tarea de buscar resarcir el daño en la medida de lo posible y no en culparse perpetuamente.

Role playing. – Esta técnica se usó constantemente en las sesiones, en ocasiones la paciente no encontraba la forma más adecuada para expresarse o clarificar alguna idea, así que el terapeuta tomaba el rol ya sea de amigo, jefe, familiar u otra persona y se entraba en la escenificación de la situación en particular para observar sus expresiones y así poder debatir, cuestionar estos pensamientos o que la paciente encontrar la solución más sana para ella.

Asertividad. - La paciente carecía de herramientas para para expresar sus ideas, gustos o disgustos, por lo que para empezar se manejó cuáles eran los derechos básicos del ser humano y se analizó cuales ella estaba permitiendo que se trasgredieran en su vida, se debatiendo sus ideas irracionales acerca de porque no manifestar sus ideas, emociones o gustos y se le alentó a practicarlos.

Búsqueda de actividades placenteras. – Una de las características principales de la paciente era la evitación, esto lo hacía tanto en el ámbito laboral como en lo personal, lo que reforzaba sus creencias de inadecuación y miedo a las nuevas experiencias. Para que el tratamiento fuera a buen puerto se insistió desde la sesión uno que necesitaba buscar alguna actividad que ella disfrutara fuera de casa y del ámbito laboral, con esto se tendría material para cuestionar si en verdad eran tan terribles sus creencias o su incapacidad. Además, esto fomenta su buen autoconcepto y aceptación de sí misma.

Auto reforzamiento. – Otra técnica que se usó constantemente durante todas las sesiones, y se indicó cada vez que tenía un avance en relación a como era anteriormente, resaltando las consecuencias positivas que tenía, con su nueva forma de pensar y actuar, así ella podía observar su propia mejoría por lo que se incrementó su sensación de valía y orgullo personal, así como fuente de motivación para continuar con el desarrollo de sus habilidades y cambios. Su propia aprobación era de vital importancia ya que sus redes de apoyo eran escasas y su nueva actitud podría impactar a sus seres queridos, principalmente en sus hijos, por lo constantemente como terapeuta se enfatizó en las mejorías por pequeñas o mínimas que estas parecieran.

Seguimiento

Actualmente la paciente está asistiendo 2 veces al mes a consulta para reforzar sus nuevas habilidades o para contrastar si sus nuevas conductas están siendo adaptativas. Si el tratamiento está siendo efectivo como hasta el momento se ha demostrado se le dará seguimiento una vez mensualmente hasta concluir con la terapia sin eliminar la posibilidad de retomarla ante otro evento crítico o necesidad inminente.

Así mismo, es importante mencionar que la paciente sigue en tratamiento farmacológico para su esquizofrenia.

Conclusiones y discusión

La implementación de programas terapéuticos en los centros de trabajo de las empresas son un primer paso para la apertura de la conciencia social y cultural hacia la concepción de que un tratamiento psicoterapéutico es una vía viable para la resolución de síntomas que producen malestar en las actividades diarias de las personas (Pérez et al., 2015). Sin embargo, esto no logra dar respuesta a todas las dificultades y los retos que implica la verdadera reincursión tanto laboral como social de los pacientes psiquiátricos.

No se busca que el impacto de normas como la 035 sean una mera obligación más o una actividad incómoda para las empresas, es necesario incidir en un cambio de ideología cultural de las ciudades, estados y el país en su totalidad, más bien, este tipo de acciones iniciadas por algunos pocos centros de trabajo en los Estados, se deben evaluar y replicar de

manera adecuada y efectiva en cada vez más instituciones, tanto privadas como públicas, y en todos los sectores, ya sean productivos, de servicios, o cualquier otro.

Una de las grandes ventajas con que se ahora se cuenta es la inminente puesta en marcha de nuevas normas como la N035 de la STPS en el cual se obliga a las instituciones a poner especial énfasis no solo en si sus procesos productivos puedan o no producir algunas sintomatologías, sino también en desarrollar y generar espacios como en el que se reportó en este trabajo, para tener en personal capacitado tanto laboral como emocionalmente, y que las empresas cuente con espacios, bagaje y experiencia para el tratamiento oportuno de múltiples trastornos.

En especial en este caso es importante recalcar que la paciente poseía un cuadro psiquiátrico ya diagnosticado y que mantenía un tratamiento, esto en otro momento o para otras empresas pudo ya haber generado un criterio de exclusión laborar en el sector productivo (Pérez et al., 2015; Ciudad et al. 2011; Ruiz et al., 2012). En este caso el apoyo brindado no solo para lograr generar recursos económicos, sino abriendo un espacio terapéutico desarrolla un sentido de pertenencia, una reciprocidad entre el trabajador y el centro de trabajo. Esta empatía en genera en ambas direcciones beneficios, un trabajador más sano emocional, mental y conductualmente y un patrón que cuenta con un trabajador más enfocado y muy probablemente con mejor desempeño.

Estos beneficios observados desde una mirada directa pueden relacionarse solo con los dos actores que se han mencionado, empleado – patrón, pero desde una perspectiva mucho más amplia y ecológica genera sociedades más sanas en todos los sentidos.

Referencias Bibliográficas:

- Anmella, G., Costanzo, M., Rosas, M., y Bernardo, M. (2017). Una revisión de los trastornos del sueño en la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 24(2), 55–63.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (19th ed.). New York: Guilford Publications.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy, basic and beyond* (Second). New York: Guilford Publications.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II Inventario de depresión de Beck - II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cano, A., & Tobal, J. (2002). *Inventario de situación y respuesta de ansiedad* (5° edición). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., Novick, D., & Gilaberte, I. (2011). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 53–65.
- Clark, D., y Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York: Guilford Publications.
- Del Toro, J., Angulo, C., & Zabaleta, M. (2011). Terapia psicológica para la esquizofrenia: una realidad. *Universidad de Magdalena*, 8(1), 93–98.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70–79.
- Fernández, V., Ramos-Cejudo, J., y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14(3), 289–303.
- García, J., Ahunca, L., Bohórquez, A., Gómez, C., Jaramillo, L., y Palacios, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 90–100.
- Godoy, A., y Haynes, S. (2013). Clínica y Salud. *Clínica y Salud*, 24(2), 117–127.
- Organización Mundial de la Salud (9 de abril de 2018) *Trastornos mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Ley Federal del Trabajo. Diario oficial de la federacion, Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la Republica, México, 1 de Abril de 1970. Ultima reforma publicada DOF: 23/10/2018
- Madrigal, E. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*, 39(4), 235–237.
- Anmella, G., Costanzo, M., Rosas, M., y Bernardo, M. (2017). Una revisión de los trastornos del sueño en la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 24(2), 55–63.

- Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., Novick, D., y Gilaberte, I. (2011). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 53–65.
- Del Toro, J., Angulo, C., y Zabaleta, M. (2011). Terapia psicológica para la esquizofrenia: una realidad. *Universidad de Magdalena*, 8(1), 93–98.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70–79.
- García, J., Ahunca, L., Bohórquez, A., Gómez, C., Jaramillo, L., y Palacios, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 90–100.
- Lega, L., Sorribes, F., y Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual. Una versión teórica-práctica actualizada* (Primera). Barcelona: Paidós
- Lega, L., & Vargas, A. (2017). *Manual práctico Terapia Racional Emotiva Conductual TRE: Materiales de ayuda psicoterapéutica* (1º Edición). San José, C.R.: L.I. Lega.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Málaga: Editorial Síntesis
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Organización Mundial de la Salud (9 de abril de 2018) *Trastornos mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC - Tratado de Medicina*, 23(2), 1–8.
- Pérez, C., Bosqued, L., María, N., Guilabert, M., Pérez, J., y Quintanilla, M. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721–730.
- Posada, A., Andrade, R., Suarez, D., Gómez, S., Aguadelo, L., Tabares, L., ... López, C. (2018). Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(2), 12–18.
- Ruiz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Ruiz, M., Montes, J., Lauffer, J., Cristina, Á., Mauriño, J., y Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98–106.

- Salavera, C., Payuelo, M., y Serrano, R. (2011). Habilidades de comunicación en jóvenes con esquizofrenia. *Boletín de AELFA*, 11(1), 2–8.
- Sanchez, R., y Ledezma, R. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265–274.
- Silva, M., y Restrepo, D. (2017). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(2), 1–4.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2012). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Solter, V., Thaller, V., Bagaric, A., Karlovic, D., Crnkovic, D., y Potkonjak, J. (2004). Estudio de la esquizofrenia comórbida con la adicción alcohólica. *The European Journal of Psychiatry (Edición En Español)*, 18(1).
- Taboada, E., Montoya, L., Gómez, N., Arteaga, L., y Correa, O. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 118–123.
- Zapata, J., Rangel, A., y García, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Asociación Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 143–149.

¿Embarazo en adolescentes es resultado de una falta de educación de la sexualidad?

María de Lourdes Cepeda Hernández¹⁵⁰

Laura Saray Juárez Armendáriz¹⁵¹

María Cristina Rodríguez Covarrubias¹⁵²

Verónica Alvarado Acosta¹⁵³

RESUMEN

El interés por este tema surge, ya que a cuarenta y cinco años de que, en México, se incluyera en los programas de educación básica el tema de la educación sexual reproductiva, es alarmante el número de embarazos en adolescentes.

La Educación de la Sexualidad, se gestó como una propuesta educativa que debe incluir todos los elementos de la sexualidad humana: el cuerpo, los sentimientos, las emociones, las actitudes y comportamientos, los valores sociales, el placer y los derechos humanos asociados a la sexualidad. Debe ser universal, es decir, llegar a todas las personas; debe iniciarse en el hogar y la comunidad, continuando en todos los niveles de la enseñanza académica y no académica.

Pero a pesar del trabajo realizado por instituciones públicas y privadas para atender y disminuir la problemática, las acciones desarrolladas no han sido suficientes, de ahí la importancia de la presente investigación a fin de identificar el tipo de información que obtienen las adolescentes, dónde la obtuvieron y establecer si las adolescentes tuvieron claridad acerca de la importancia de contar con esa información sobre la educación de la sexualidad.

¹⁵⁰ PTC Facultad de Trabajo Social Universidad Autónoma de Coahuila. lourdesce@hotmail.com

¹⁵¹ PTC Facultad de Trabajo Social Universidad Autónoma de Coahuila saray_juarez@uadec.edu.mx

¹⁵² PTC Facultad de Trabajo Social Universidad Autónoma de Coahuila

¹⁵³ Alumna de la Facultad de Trabajo Social Universidad Autónoma de Coahuila

La presente investigación se enmarca en los estudios cuantitativos, de manera descriptiva debido a que este tipo de investigación, permitió medir el fenómeno del embarazo adolescente y su relación con la educación de la sexualidad.

El diseño fue descriptivo porque en el problema del embarazo adolescente, sólo puede observarse tal y como se dan en su contexto natural, es decir, en el entorno en que se desarrolla día con día, para después analizarse. La población de la investigación, se constituyó por adolescentes de entre 15 a 19 años de la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Palabras clave: Embarazo, adolescentes, Educación de la sexualidad.

Introducción.

Para el equipo de investigación el tema del embarazo en adolescentes, tiene especial relevancia, ya que de acuerdo con el último registro del **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018)**, **Coahuila** tiene la tasa más alta entre los estados del país de embarazos y nacimientos de madres entre 10 y 17 años: 20.8 por cada mil mujeres en ese rango de edad; lo que trae como resultado consecuencias de gran magnitud en los ámbitos en los que las madres adolescentes se desarrollan, enfrentándose a esta nueva etapa sin estar preparadas para ello.

Al abordar este tema se está cumpliendo con uno de los propósitos del equipo de investigación que es en principio dar a conocer la relevancia del tema y de las cifras que a nivel nacional se ha ubicado al Estado en primer lugar, que es el embarazo en adolescentes, lo que permitirá hacer propuestas que generen acciones favorables a la problemática que afecta a la Entidad, afectando a un grupo de población importante como son las adolescentes coahuilenses, quienes apenas inician su vida.

Asimismo, se considera importante, tratar de encontrar respuesta, al cuestionamiento Si las jóvenes reciben en la escuela temas sobre la educación sexual reproductiva, como tema básico de su formación, ¿por qué tantos embarazos en las adolescentes coahuilenses?

En la investigación se delineó como objetivo general, constatar si el embarazo en adolescentes es resultado de una falta de educación de la sexualidad, en mujeres de 15 a 19 años, usuarias de los programas del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Y se darán a conocer los resultados que arrojó la investigación, las conclusiones a las que llegó el grupo de trabajo y finalmente las alternativas de acción.

Fundamentos teóricos relevantes. -

Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no sólo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (Pérez y Santiago, 2002)

Características de la adolescencia.

Gutiérrez, Torres y Pérez, (2013), refieren que la adolescencia tiene tres estadios que ocurren en forma sucesiva entre los 10 y los 20 años.

El primer estadio, la adolescencia temprana, corresponde a la aparición de características sexuales secundarias e inicio del crecimiento rápido.

En el estadio intermedio, la mediana adolescencia, ya hay cambios corporales y se hacen evidentes las manifestaciones de los cambios hormonales. En este último se empieza a desarrollar un tipo de pensamiento más abstracto, con reconocimiento de las implicaciones que tiene la conducta, cuestionamientos, aumento de la introspección, así como integración con el grupo de pares y comportamientos influenciados por ese aspecto. En este periodo se inician, generalmente, las relaciones afectivas y sexuales.

La adolescencia tardía (17 a 20 años), corresponde a una etapa en la que se obtiene la madurez física y hay un desarrollo del pensamiento que le permite tener una perspectiva respecto a su vida y su conducta. Se logra una estabilización de la imagen corporal propia y, aunque hay influencia del grupo, se tiene mayor autonomía e identidad. p. 335

La educación de la sexualidad.

La OMS (2018), ha señalado que la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos como el sexo, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. Mientras la sexualidad incluye todas estas dimensiones, no todas son expresadas o experimentadas. La sexualidad está influenciada por

las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo económico, lo político lo cultural, lo ético, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales.

La sexualidad es parte integral de la vida de niñas, niños y jóvenes y ésta se manifiesta de diversas maneras en función de su edad y del contexto en el que se desenvuelven. Por lo general, la mayoría de los estudiantes tienen sus primeros cuestionamientos acerca de su sexualidad cuando asisten a la escuela, lo que obliga al sistema educativo formal a asumir la responsabilidad de garantizarles el derecho a una educación de la sexualidad de calidad, de dotarlos de competencias para la toma de decisiones informadas y de hacerlos capaces de responder a los cambios físicos y emocionales propios de su desarrollo. (UNESCO, 2016)

Sebastiani, (2014), subraya la importancia de la educación sobre sexualidad como parte integral de la educación básica o “educación fundamental”, bajo el entendido de que va más allá de la adquisición de conocimientos ya que proporciona competencias y habilidades para la vida.

El proceso de la educación sexual, y no sólo de información, desde la concepción holística, constituye el continuo de un mismo evento, en este caso de la sexualidad, que se expresa de diversas maneras según la edad, el contexto, momento de la historia de cada persona y de toda la sociedad en forma simultánea y progresiva en toda su complejidad. (Sebastiani, 2014)

La familia, tiene como una de sus funciones más relevantes educar a sus hijos, a través de acciones que lleven implícitas las normas, los valores y conductas que consideren serán de beneficio en la vida de sus hijos; y, en relación con la sexualidad, el proceso educativo no tiene por qué ser diferente, los ejemplos, las actitudes y las verbalizaciones darán todos los mensajes que lleven a los adolescentes a formar sus propios conceptos sobre el sexo. (Monroy y de Velasco, 2002).

La responsabilidad inicial de la educación sexual es de la familia. Si bien la familia ha sufrido la consecuencia de los cambios económicos y sociales, que la condujo a numerosas

transformaciones traspasando las barreras del convencionalismo, debe reconocerse el concepto de familia desde el punto de vista de los menores. (Río, 2008)

Embarazo.

Rovati (2011), denomina embarazo, gestación, preñez o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto. Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo.

El embarazo en la adolescencia se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente porque al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer, se suma el de la adolescencia. (Mora-Cancino y Hernández-Valencia, 2015)

Lo más frecuente es que el embarazo en las adolescentes madres sea un embarazo no planificado o no deseado, con consecuencias desfavorables, tanto para la madre como para el niño, aumentando la probabilidad de deserción escolar por parte de la embarazada, el número de niños en el hogar, el desempleo; también se observa una alta proporción de fracaso en la relación de pareja, y la obtención de ingresos inferiores de por vida. (Bonilla Láinez y Ramírez Ramirez, 2016).

Datos notables de la investigación.

Población

La población a la cual estuvo dirigida la investigación, se constituyó por mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años, usuarias de los programas del Sistema Estatal para el

Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en la ciudad de Saltillo, Coahuila, que estuvieran embarazadas o hayan tenido un embarazo en los últimos 6 meses.

Muestra

La muestra elegida fueron 30 mujeres que oscilan entre los 15 y 19 años, que acudieron a recibir atención por parte de la institución; tipificándose la muestra como no probabilística, ya que todas las adolescentes usuarias tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionadas para proporcionar la información requerida.

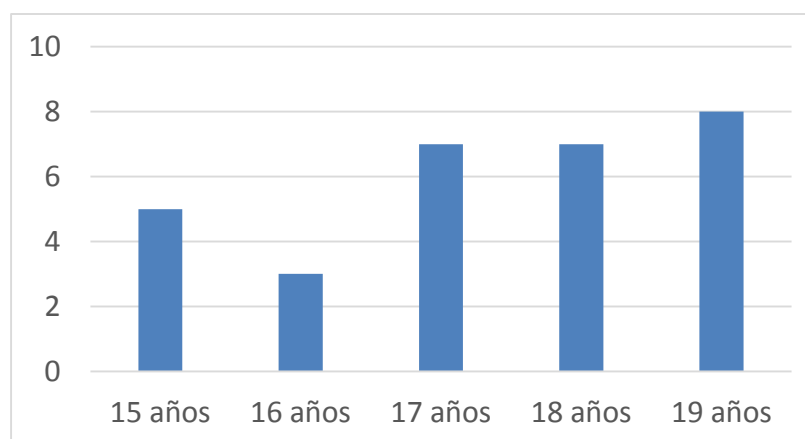
Recolección de la información

La información recolectada se obtuvo en 3 sesiones en días diferentes de actividades relacionadas a entregas de apoyos, las cuales se hacen cada mes en el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Resultados de la investigación.

La edad de las adolescentes entrevistadas, oscilaba entre los 15 y 19 años; quedando este grupo en un rango de adolescencia tardía, pues así lo indica la OMS.

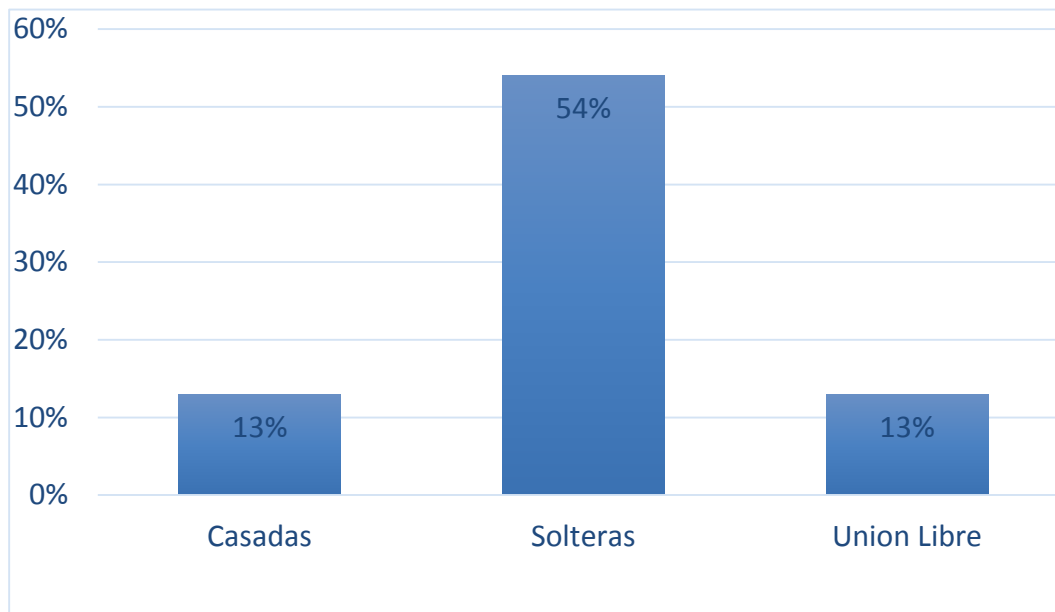
Tabla 1. Edad de los entrevistados



Por lo que respecta al estado civil de las adolescentes entrevistadas, la mayoría de ellas son solteras, pues representaron el 54%, el 33% vive en unión libre y solo el 13%, están

casadas; lo anterior refleja, una gran determinación hacia una mayor independencia psicológica y social, tal como lo refiere Pérez y Santiago, (2002).

Tabla 2 Estado Civil

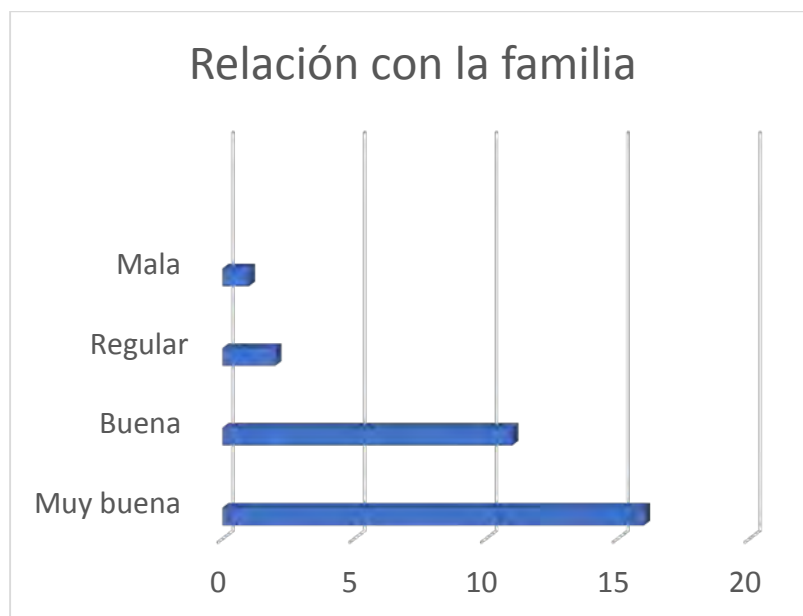


De las treinta adolescentes entrevistadas 24 se encuentran lactando a sus hijos menores de un año y 6 están embarazadas, razones por las que acuden a la Dirección de Familia Saludable y Apoyos Complementarios del DIF Coahuila, a fin de recibir la ayuda que se les proporciona en la institución.

Por lo que hace al grado de escolaridad de las entrevistadas, se pudo dar cuenta que 22 de ellas terminaron la secundaria, 7 siguen estudiando la preparatoria y una termino la primaria; las que terminaron la secundaria y la que terminó la primaria, no continuaron estudiando debido a su nueva situación de ser madres.

Por lo que se refiere a su relación con la familia, las adolescentes encuestadas 16 contestaron que tienen una relación “Muy Buena” con su familia, 11 mencionan que sólo es “Buena”, 2 responden tener una relación “Regular” y sólo una de ellas mencionó que su relación es “Mala”.

Tabla 3 Relación con la familia



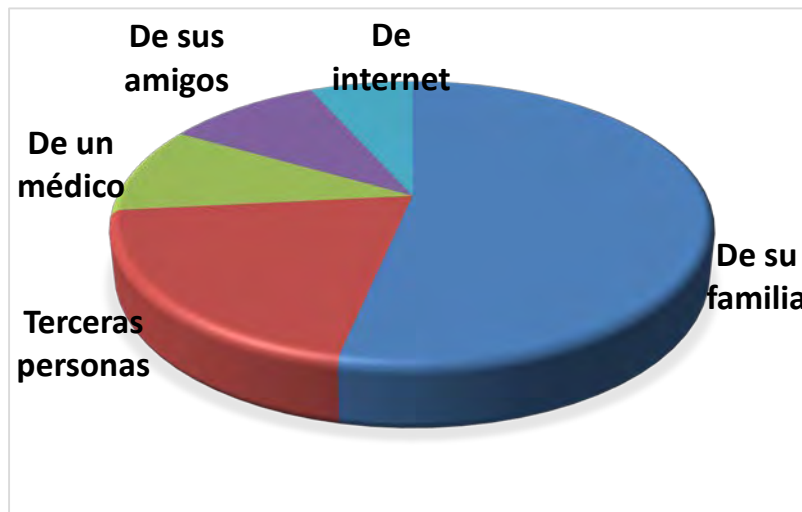
A la pregunta ¿Tus padres prestan atención a la educación de tu sexualidad?, las adolescentes señalaron, 10 de ellas que sus padres siempre estuvieron al pendiente, 9 de ellas mencionaron que regularmente, 6 que casi siempre, 4 dijeron que casi nunca y sólo una de ellas mencionó que nunca prestaron atención a la educación de su sexualidad.

Y respecto al cuestionamiento de si, en la institución en la que estudió, tenía un programa de educación de la sexualidad el 67% de las adolescentes entrevistadas contestaron que la escuela donde estudiaban no cuenta con algún programa de educación sobre su sexualidad; y, el 33% de las adolescentes mencionaron que si existe algún tipo de educación sobre sexualidad en la escuela a la que acudieron.

Asimismo, se les preguntó si tenían conocimiento de algún programa de gobierno que atiende el tema de educación de la sexualidad, 12 de las encuestadas mencionaron que, si conocen algún programa, refiriéndose al programa SER, (Sexualidad Responsable) ejecutado por el propio DIF, en el que están inscritas, pero este programa las atendió hasta que estaban embarazadas, no en la educación de la sexualidad en general; y, 18 señalaron que no conocen ningún programa.

Al preguntarles de quienes recibieron su primera información sobre sexualidad, 16 de las participantes dijeron que, de su familia, 6 de terceras personas, 3 de un médico, 3 de sus amigos y 2 de internet.

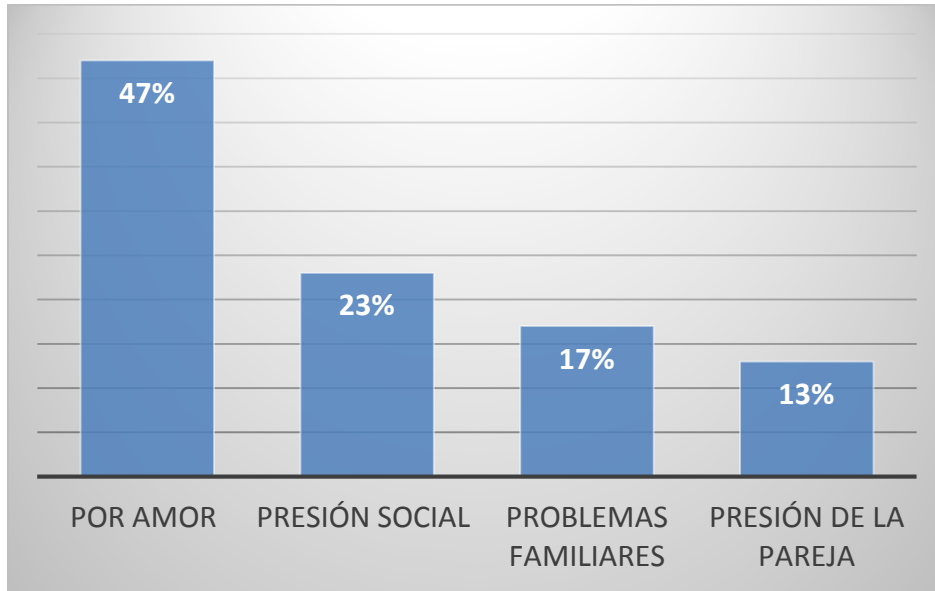
Tabla4. ¿De quién recibió su primera información sobre sexualidad?



También se les cuestionó a las adolescentes ¿qué mejorarían de la enseñanza de su sexualidad? 16 de las 30 adolescentes contestaron que solo cambiarían algo, 7 que mejorarían todo, 3 que nada, 3 que casi todo y una que nada, opinando que para ella todo está bien dentro de la enseñanza que tuvo de su sexualidad.

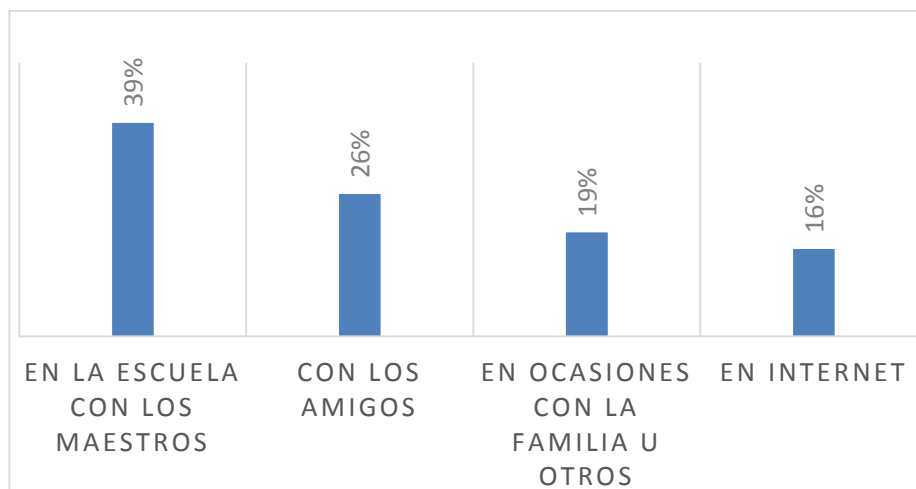
Al cuestionarles, ¿qué las motivó a tener relaciones sexuales a temprana edad?, 14 de ellas contestaron que su mayor motivo fue tener relaciones sexuales sólo por amor, después 7 contestaron que fue por presión social, 5 de ellas contestaron que por problemas familiares y los 4 restantes dijeron que fue por presión de su pareja.

Tabla 5. ¿Qué te motivo a tener relaciones sexuales?



Específicamente se les preguntó ¿dónde solían buscar información referente a la sexualidad?, 12 de ellas refieren que, en la escuela con sus maestros, 8 con sus amigos, 6 que en ocasiones con su familia o con otras personas y 4 que siempre buscaron en internet.

Tabla 6. ¿Dónde sueles buscar información referente a la sexualidad?



A la pregunta ¿cuántas parejas sexuales han tenido?, 22 mencionaron que sólo han tenido una, 6 dijeron que han tenido dos y 1 tres, y la restante siete; y por lo que respecta, a si actualmente tienen pareja 19 dijeron que si y 11 que no.

Igualmente, se les cuestionó ¿si se consideraban personas responsables sexualmente, a pesar de haber pasado por un embarazo? 16 aseguraron que, si y el resto es decir 14 que no, porque salieron embarazadas.

Otro resultado importante es que de las 30 encuestadas 18 mencionaron que, en su primera vez, quedaron embarazadas y 12 refieren que al quedar embarazadas no era su primera relación sexual.

Conclusiones.

La primera conclusión a la que se arriba, es que el problema de las adolescentes embarazadas, es uno de los principales problemas del estado de Coahuila, ya que así lo indican las estadísticas del INEGI.

Que los programas implementados por el gobierno del Estado de Coahuila en esa materia, no han producido que los embarazos en las adolescentes coahuilenses disminuyan, pues como ellas lo refieren, reciben información sobre la sexualidad, hasta que acuden al programa de ayuda institucional.

Otra conclusión a la que se arriba es que la educación de la sexualidad que imparte el sistema educativo del estado de Coahuila, no es de calidad, pues de ninguna manera ha dotado a los adolescentes de competencias para la toma de decisiones informadas y de hacerlos capaces de responder a los cambios físicos y emocionales propios de su desarrollo, como lo propone la UNESCO (2016).

Propuestas

Desde la perspectiva de Trabajo Social, el grupo de investigación propone que el sistema educativo en el estado de Coahuila, diseñe programas de educación sexual de calidad como lo propone la UNESCO; que dichos programas partan de un enfoque de un irrestricto respeto a los derechos humanos.

En dichos programas deben considerarse todos los aspectos de los que hacen referencia los teóricos, es decir deben tomarse en cuenta, los aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género.

Las familias y las escuelas deben ser competentes para transmitir a los adolescentes el conocimiento sobre la sexualidad, fomentando en ellos conductas saludables, a fin de que puedan ser capaces de tomar decisiones responsables y asertivas.

La intervención de los trabajadores sociales en la educación sobre la sexualidad es fundamental, pues es a estos profesionales a quienes les corresponde, contribuir sobre los determinantes sociales en las políticas dirigidas a impulsar un desarrollo saludable; como puede ser sus aportaciones, para reducir la pobreza, promover el acceso y permanencia en la escuela y el acceso a servicios de salud o a empleos estables, que puedan garantizar el verdadero desarrollo integral de las adolescentes.

Corresponde también a los trabajadores sociales, promocionar los programas sociales que tengan como fin principal acciones de salud reproductiva en adolescentes, a fin de que se garantice el acceso a todas las adolescentes.

Referencias Bibliográficas:

Bonilla-Laínez, M. y Ramírez -Ramírez, K. (2016). Impacto del embarazo precoz en el desarrollo humano en las adolescentes entre las edades de 14 y 18 años y su aceptación como madres solteras en la sociedad, en el periodo comprendido de abril a octubre del 2015, en el municipio de San Vicente, Departamento de San Vicente (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).

Gutiérrez, C. T., Torres, F. D., y Pérez, I. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Ciencias de la salud*, 11(3), 333-348.

Monroy, A., y de Velasco, A. M. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores. Editorial Pax México.

Mora-Cancino, A. M., y Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83 (5).

Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*.

Río, M. d. (2008). EDUCACION SEXUAL PARA NIÑOS Y NIÑAS. Madrid: Narcea.

Rovati, L. (02 de marzo de 2011). Obtenido de <http://www.bebesymas.com/embarazo/ques-el-embarazo>

Sebastiani, A. (2014). Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias.

OMS, 2018 https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ rescatado el 04 de junio 2018.

INEGI, 2018 <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/>, rescatado el 04 de junio 2018.

UNESCO, 2016. Strategy On Education For Health And Well-Being – Contributing To The Sustainable Development Goals. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Satisfacción del cuidado de enfermería y necesidades educativas de mujeres en el postparto

Julia Teresa López España¹⁵⁴

Ma. Guadalupe Interrial Guzmán¹⁵⁵

Melisa Alejandra Hermosillo Manzanares¹⁵⁶

Ixchel Muñoz Gallegos¹⁵⁷

Resumen

Una de las funciones de enfermería es la educación al paciente cuando es dada de alta, como el caso del posparto. Esto para evitar o detectar oportunamente complicaciones en el hogar de la mujer y su hijo.

El propósito de este estudio fue describir la asociación entre la satisfacción del cuidado de enfermería y las necesidades educativas del puerperio.

El estudio fue descriptivo y de correlación, el muestreo fue no probabilístico, la muestra fueron 40 mujeres, con un mínimo de 24 horas posparto de una Institución de Salud de 3er Nivel de Atención. Se utilizaron el cuestionario "Necesidades educativas materno-infantiles en el puerperio domiciliario" de (Gómez, 2014) y dos secciones del Care in Obstetrics: Measure, for Testing Satisfaction Scale (COMFORTS, 2006)

Los resultados muestran que la edad promedio fue de 21.35 años ($DE= 4.51$), la escolaridad fue de 9 años ($DE= 1.06$). El promedio de embarazos fue 2.13 ($DE= 1.324$), el 90% llevo control prenatal y el 55% mencionó haber recibido información durante las consultas. La media de necesidades educativas fue 41.30 ($DE=14.47$). La satisfacción obtuvo un promedio de 62.20 ($DE= 14.72$), no se encontró una correlación entre necesidades educativas y satisfacción del cuidado ($p>.05$).

Se concluye que existe un déficit de la educación hacia la mujer puérpera y no se relaciona con la satisfacción percibida del cuidado de enfermería. Se observa la necesidad de información en la paciente puérpera, sobre todo en relación con los cuidados en el puerperio, más que los del recién nacido.

¹⁵⁴ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, july0521@hotmail.com

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

¹⁵⁶ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, acheermosillo@gmail.com

¹⁵⁷ Secretaría de Salud, Dirección de Enfermería ixchelmzg@hotmail.com

Palabras clave: puerperio, educación, satisfacción

Introducción

El Consejo de Salubridad General en México (2015, p 273), considera dentro del apartado Atención Centrada en el Paciente el estándar de educación a los pacientes y su familia, esta educación tiene que ser en los diferentes momentos de su hospitalización y cuando es dado de alta de la institución hospitalaria. Además, esta valoración debe considerar el nivel educativo de la paciente, la cultura, la motivación y estado emocional, su limitación emocional y cognitiva, su disponibilidad para aprender y la habilidad para realizar el procedimiento.

La cantidad y calidad de la información que se proporciona a las pacientes puérperas, la habilidad para transmitirla, así como la calidez afectiva con la que se realiza este proceso están directamente relacionadas la calidad de atención. La satisfacción percibida por las pacientes es un indicador que califica la calidad del servicio de salud (Fernández, 2013).

México es un país joven, que tiene 119 938 473 habitantes y de ellos el 51.4% son mujeres, una cantidad considerable de las mujeres están en edad reproductiva. En la Secretaría de Salud, hubo 1 002 936 nacimientos en el 2015, de los cuales 35.9% terminan en cesárea, el 62.9% (631, 026) partos eutócicos y el 1.2% partos distócicos 1.2% (11,808) (Rodríguez, 2016). Todas estas mujeres pasaron por la etapa del puerperio. El puerperio es una fase crítica en la vida reproductiva de una mujer, es el período que inicia desde el alumbramiento hasta seis semanas después del parto. Este período implica la adaptación a una nueva etapa de la vida, por lo tanto, es un acontecimiento importante porque enfrenta la mujer el reto de ser madre, además de los cambios físicos y emocionales, sociales y espirituales que suceden en este período. Así mismo, es un reto para los profesionales de la salud encargados de proveer los cuidados y la información oportuna y necesaria para completar este ciclo de vital importancia (Towle, 2009, 450).

La información proporcionada a las mujeres sobre el cómo cuidarse durante su estancia hospitalaria es una herramienta útil para la prevención y detección oportuna de complicaciones. En España, en algunos estudios que han realizado para conocer cuáles son

las necesidades de conocimiento en la etapa del puerperio, han señalado la lactancia materna, los métodos anticonceptivos, el cuidado de la herida y los signos y síntomas de alerta y complicaciones. El cuidado de enfermería se convierte entonces en un pilar indispensable para conseguir que este proceso se lleve a cabo con éxito. Sin embargo, algunos estudios señalan que en el hospital no todas las mujeres son informadas y se recomienda que el personal de enfermería debe articular mecanismos para favorecer que todas las púerperas sean dadas de alta recibiendo información sobre los cuidados básicos en el posparto (Acevedo, Pizarro, Moriel, González y Berumen, 2016; Arnedillo, 2001).

Para llevar a cabo esta tarea, el personal de enfermería tiene el compromiso de conocer las inquietudes e información necesaria que deberá proporcionarse durante el proceso educativo a la púerpera en esta nueva etapa, investigar las necesidades educativas de dichas pacientes es indispensable. Un meta-análisis de la Cochrane concluye que las intervenciones educativas actualmente no están basadas en las necesidades expresadas por las mujeres sino en lo que cada profesional considera importante según su propia experiencia (Fernández M., 2009). Lo anterior concuerda con lo señalado por otros autores, porque reportan una satisfacción buena, sin embargo, las mujeres refieren que les hubiera gustado recibir más información de algunos puntos que no fueron tocados por las enfermeras durante la estancia hospitalaria (Gerónimo, Castillo, Acuña, Sánchez, Cruz, et al, 2016). Por lo que el propósito de este estudio es determinar la asociación entre la satisfacción de los cuidados de enfermería y las necesidades educativas del posparto.

Marco de referencia

Este estudio se basará en el concepto de educación del paciente del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención a la Salud con Calidad y Seguridad en su estándar Educación a los pacientes y el concepto de necesidades de educación de la Teoría de Confort de Kolcaba (Raile y Marriner, 2011). La educación a los pacientes tiene como propósito que cada organización defina el proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar activamente en su cuidado, basándose en la misión, los servicios prestados, el contexto general de la organización y las necesidades específicas de cada paciente (CSG, 2015).

Respecto a la Teoría de Comforts, etimológicamente el concepto se deriva de la palabra inglesa *comfort* y se refiere a todo aquello que produce comodidad y genera bienestar a la persona. La enfermera gerontológica Katherine Kolcaba, definió el *comfort* como la experiencia inmediata y holística de la persona de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de *comfort*: alivio, tranquilidad y trascendencia. Además, es importante tener en cuenta los contextos donde este *comfort* se puede aplicar: físico, psicoespiritual, ambiental y social. Los conceptos teóricos de Katherine Kolcaba la idea de que las intervenciones de *comfort* no suelen ser intervenciones técnicas, sino que complementan la asistencia clínica, a la vez que abogan por satisfacer las necesidades humanas básicas, entre ellas la educación (Raile, 2011)

Estudios relacionados

(Gómez *et al.*, 2014), realizó un estudio en España, con el propósito de identificar los conocimientos de las mujeres sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario, en el que participaron un total de 183 mujeres puérperas que recibían asistencia en nueve centros de salud del Área Sanitaria La Mancha Centro. El estudio fue descriptivo, observacional y transversal, se excluyeron, las mujeres con problemas cognitivos, que les impedían contestar el cuestionario y las que no hablaban castellano; utilizaron la historia clínica del paciente y un cuestionario elaborado por las autoras del estudio, basadas en guías clínicas de España. El cuestionario incluyó preguntas sobre cuidados de la episiotomía, los loquios, anticonceptivos compatibles con lactancia materna, y reinicio de las relaciones sexuales seguras, tenían cuatro opciones de respuesta y una sola verdadera.

Este estudio arrojó como resultado una edad promedio de 30.58 años, un 74.2% contaba con educación básica, el 53.6% eran primíparas, de las cuales el 70.5% con un parto de tipo eutócico y un 6.0% de parto instrumental. Un 58.1% de las mujeres seleccionadas asistió a la sesión sobre autocuidados en el puerperio del programa de educación materna. Las mujeres refirieron tener suficientes conocimientos sobre autocuidados puerperales, sin embargo, al 38.8% le hubiera gustado recibir más información. Las fuentes de información mencionadas por las puérperas fueron personal médico, familia y amigos, revistas e internet, personal de maternidad, matrona de paritorio y matrona de atención primaria, siendo esta última la más destacable con un 91.3%.

Respecto a las necesidades de conocimiento de los autocuidados en el puerperio el 47% de las puérperas desconocía como realizar la higiene y el cuidado de la episiotomía, en el tema de sangrado posparto un 68.9% desconocía el tiempo normal de sangrado después del parto, referente a la anticoncepción en la lactancia un 62.3% respondió de manera incorrecta y el reinicio de las relaciones sexuales con un 51.9%. Concluyen que los conocimientos sobre autocuidados en el puerperio son insuficientes, observando cierta asociación con la inasistencia a educación maternal, consideran recomendable la creación de talleres y grupos posparto para una mejor adaptación y adquisición de conocimientos y habilidades en el puerperio e inclusive realizarlos de manera individualizada

Acevedo *et al.* (2015); realizaron un estudio en México, llevado a cabo en una institución pública de segundo nivel de atención en el área de obstetricia con el objetivo de explorar el desarrollo del proceso educativo del profesional de enfermería que promueve el autocuidado de la mujer durante el puerperio. Fue un estudio de tipo cualitativo, asignaron dos grupos de estudio, en el primero se incluyó a mujeres puérperas independientemente del número de experiencias vividas; el segundo grupo se constituyó con las profesionales de enfermería responsables del cuidado de las mujeres puérperas.

Se obtuvieron las siguientes respuestas de las participantes respecto al proceso educativo: “ se aprende por instinto”; “me salen preguntas encaminadas al bebé”; “uno no nace sabiendo ser mamá”; ¿Qué es lo que están aprendiendo?; “me he fijado platicar con ellas, es más fácil que aprendan viendo a otras pacientes, que solo si se los explico”... “deben de llevarse información para que no reingresen a través de material didáctico, trípticos”; “es tan fácil convencer a una mujer primigesta y la otra bien y mal, tiene antecedentes y cree que todos los niños son iguales”; “no necesito aprender nada, ya lo he vivido todo, tengo experiencia”; “me siento capaz, porque tengo dos bebés y lo realice bien con ellos”.

Las enfermeras también expresaron algunas limitaciones relacionadas con la comunicación: “el dialecto es un rito... es difícil comunicarse, por lo regular con ellas, las mujeres de etnia tarahumara, asumen en silencio; les hablas muy bonito pero no te entienden”; la enfermera carece de empatía por la mujer en puerperio cuando se dirige a ella; es la poca empatía que se refleja en ella; llegan y le dicen, prácticamente le recitan, los contenidos, lo que ya saben de memoria, sin considerar si comprendió o no; las enfermeras solo transmiten la información.

Las respuestas obtenidas de las participantes referentes al descuido personal fueron: “pero la mujer en puerperio no lleva a cabo las acciones de cuidado”; “las mujeres en puerperio tienen mitos e ideas extrañas, sobre los cuidados y la lactancia”; “mi suegra me va a ayudar, ya sabe todo”; “mis hermanas ya tenían hijos y me decían como le hacían ellas, lo que sabían me enseñaron”.

Los autores concluyen que la efectividad del proceso educativo depende de que el personal de enfermería se adapte a las necesidades referidas o percibidas por las pacientes, además del uso del lenguaje adecuado, esto con el fin de permitirle desarrollar sus habilidades cognitivas y prácticas de autocuidado, cuidado y la adaptación a su nuevo rol. Destacan que la mujer puérpera rechaza el apoyo educativo cuando percibe dominio sobre alguna situación determinada, además de que el apoyo que reciba la mujer puérpera está condicionado por la estructura familiar y cultural (2015).

(Gerónimo *et al.*, 2016), realizó en México, un estudio sobre la Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel, la muestra fue de 613 mujeres en periodo posparto atendidas en un hospital regional de alta especialidad de atención obstétrica y ginecológica. Se utilizó una escala denominada Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale (COMFORTS, 2006) adaptada al español.

Se concluyó que el 61% de las mujeres en periodo posparto hospitalizadas tenían entre 19 y 28 años, a su vez, el 56.8% estaban localizadas en los servicios de hospitalización. El 53% de las usuarias presentó parto quirúrgico, el grado de escolaridad con mayor porcentaje fue educación media superior (bachillerato) con 43.3%, seguido del nivel de educación media básica (secundaria) con 38.2% de las puérperas. En los apartados cuidados en el puerperio y cuidados en el recién nacido, la media obtenida en ambas fue de 73.0. Los aspectos evaluados con los puntajes más bajos son los relacionados con el cuidado del recién nacido. Los autores concluyen que la satisfacción con la atención del parto y puerperio es un indicador esencial para introducir mejoras en las áreas de satisfacción menor, así como reforzar las de mayor satisfacción

Seguranyes (2013) realizó un estudio teniendo como propósito evaluar la eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del Programas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva PASSIR de atención primaria en

Cataluña, llevado a cabo en una institución pública de segundo nivel de atención en el área de obstetricia. Se tomó como muestra a 200 mujeres donde el 50% fueron de grupo control y el 50% en el grupo telemático, donde se incluían gestantes con control prenatal y/o educación maternal en los centros del estudio. El instrumento utilizado que recogió las variables sociodemográficas, obstétricas fue un cuestionario para conocer la opinión de las mujeres sobre la atención recibida.

Los resultados arrojaron que en los cursos de educación maternal participaron 70.8% de las mujeres, 56% asistieron a las sesiones específicas de posparto y lactancia. El parto finalizó de forma eutócica en un 57.7% de las mujeres y un 22.6% en cesárea. Como principales motivos de consulta se encontró dolor perineal con un 20.78%, loquios con un 13.36%, estreñimiento con un 11.07%, cicatriz cesárea con un 10.62% dehiscencia perineal con un 6.16%, anticoncepción con un 2.97% y relaciones sexuales con un 2.17%. Los motivos de consultas relacionadas con la lactancia fueron: información sobre lactancia materna 30.58% grietas en los pezones 17.57%, dificultad del neonato en tomar el pecho 13.71%, dificultad materna en la lactancia materna 11.25%, pezoneras 5.97%, información sobre lactancia artificial 5.62% e ingurgitación mamaria 5.45%. Las causas de consulta relacionadas con el recién nacido fueron: apetencia 20.75%, cuidado del cordón umbilical 20.59%, aumento de peso del bebé 17.97%, llanto 12.09%, descanso y sueño 9.64% y cólicos 5.72%.

La autora concluye que las madres resultaban más satisfechas con las consultas presenciales que con las virtuales, ya que, se detectó una menor morbilidad en las mujeres de grupo control; ya que aquellas consultaron con mayor frecuencia sobre problemas de salud y molestias habituales (2013).

Definición de términos

La satisfacción con los cuidados de enfermería es la percepción de la puérpera hacia el cumplimiento de las expectativas de la atención recibida por parte de los profesionales de enfermería.

Necesidades educativas son las necesidades o inquietudes que tienen las mujeres puérperas sobre su cuidado en esta etapa, para sentirse satisfecha. Entre estas necesidades, se

encuentran las físicas, sociales y psicoespirituales. Para fines de este estudio se tomarán las físicas, que están relacionado a las molestias que se presentan en el puerperio como el sangrado, los entuertos, el dolor en vulva, en mamas, y las necesidades sociales, las que están relacionados con el rol de la mujer como esposa y madres, que incluye, cuidados del recién nacido y el reinicio de las relaciones sexuales seguras.

Metodología:

El diseño de estudio será de tipo descriptivo y correlacional

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estará conformada por mujeres puérperas que se encuentren hospitalizadas en una Institución de Salud de 3er Nivel de Atención. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y la muestra la conformaron 40 sujetos de estudio.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con parto fisiológico o quirúrgico, que deseen participar y que tengan un mínimo de 24 horas de posparto. Los criterios de exclusión: pacientes que cursen un posparto complicado o puerperio patológico, o que hayan tenido un óbito.

Instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una cédula de identificación, en la que se incluyeron datos como número de participante, edad, escolaridad, estado civil, número de gestas, si llevó Control Prenatal, si recibió información y de quien recibió la información.

Para medir las necesidades educativas se utilizó el cuestionario "Necesidades educativas materno-infantiles en el puerperio domiciliario" de Gómez *et al.* (2014) Este cuestionario consta de 23 preguntas con respuestas de opción múltiple, con una sola respuesta correcta, con valores de 0 a 23, entre menor sea el puntaje, mayor será la necesidad educativa.

El segundo instrumento fueron dos secciones del Care in Obstetrics: Measure, for Testing Satisfaction Scale (COMFORTS, 2006) de Janssen, Dennis y Reime (2006) el cual obtuvo una consistencia interna de 0.92, clasificado como un coeficiente de confiabilidad aceptable (Burns y Grove, 2012). El cuestionario consta de 21 preguntas, que miden la satisfacción de la calidad de la atención que reciben las mujeres puérperas. Esta escala es tipo Likert, con 5 opciones, de respuesta, que va desde muy insatisfecha (1) Insatisfecha (2),

indiferente (3), satisfecha (4), y muy satisfecha (5) las cuales se pudieron identificar con número o símbolo representativos de caras con gestos de caritas. Los valores oscilan entre 21 y 105, por lo que a mayor puntaje mayor satisfacción.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de la información se solicitó la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así mismo se contó con la autorización de la institución de salud, donde se llevó a cabo el estudio

Se solicitó al Jefe del departamento de Maternidad el censo de pacientes y se seleccionó a las participantes que cumplieron los requisitos de inclusión, pacientes que aceptaron participar en el estudio, con parto vaginal o cesárea que hayan cumplido mínimo 24 horas de posparto. Posteriormente se abordó a las pacientes seleccionadas en el momento más oportuno, sin interferir con la atención médica, cuidados de enfermería, visita de sus familiares, su momento de descanso o el cuidado de su bebé.

Se informó de manera individual sobre el propósito, objetivo, metodología y consideraciones éticas, se entregó la hoja de consentimiento informado a las madres que aceptaron participar y se solicitó su firma. Posteriormente, para recolectar la información se utilizó una cédula de identificación el cuestionario de “Necesidades educativas materno-infantil en el puerperio domiciliario” y el cuestionario de Care in Obstetrics: Measure For Testing Satisfaction Scale COMFORTS fueron preguntados por los investigadores, al terminar se le resolvieron dudas, se les otorgó un folleto con la información correcta sobre las tres secciones abordadas y se les dio las gracias por participar. El análisis de los datos se realizó utilizando las mismas categorías empleadas en el cuestionario.

Los datos obtenidos se codificaron, previo control de calidad del llenado del cuestionario, y el procesamiento de los datos se realizó mediante el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 17.

Consideraciones éticas

El trabajo fue revisado por el comité de Ética de la Facultad de Enfermería. Además, el estudio se apegó a lo dispuesto por la ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en seres humanos (SS, 1987), en base a lo establecido en el Título II, Capítulo I,

Artículo 13. Durante la investigación se mantuvo el principio de respeto a la dignidad humana de los participantes y la protección de sus derechos y bienestar individual, la participación fue voluntaria.

Para dar cumplimiento al Artículo 14, Fracción I, III, V, VI, VII y VIII, en el presente estudio se obtuvo el consentimiento informado. Se contó con el permiso correspondiente de la institución participante.

En el cumplimiento del Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, se garantizó el anonimato ya que el instrumento no incluyó el nombre de la participante para evitar su identificación.

En cumplimiento al Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró sin riesgo ya que solo se utilizó lápiz y papel para identificar la satisfacción con los cuidados de enfermería y las necesidades educativas de la puérpera.

En referencia a los Artículos 20, 21, 22, Fracciones I, II, VI, VII, y VIII, la participación en el estudio fue de manera libre y voluntaria, para tal efecto las participantes recibieron una explicación clara y completa sobre la justificación y objetivos del estudio y el proceso a realizar, que en este caso fue responder a un par de cuestionarios. También se dio la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda acerca de los puntos señalados y otros relacionados con la investigación. Además, las pacientes tuvieron la libertad de rehusar a participar, retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin que ello llegara a perjudicar su condición de paciente en la institución donde recibía atención de salud.

Estrategias para el análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 17, para caracterizar a las participantes se utilizó estadística descriptiva. Las necesidades de conocimiento sobre cuidados maternos en el puerperio, la lactancia materna y el cuidado del recién nacido se obtuvieron mediante frecuencias y porcentajes. Se elaboró un índice de necesidades educativas y de satisfacción, por lo que se utilizó la estadística descriptiva con las medidas de tendencia central. Para el cumplimiento de los objetivos, se realizó una tabla de contingencia de tipo de parto y número de embarazos.

Resultados

Características de las participantes

La muestra estuvo conformada por 40 pacientes puérperas con una media de edad de 21.35 años ($DE= 4.51$), con un promedio de 9 años de escolaridad ($DE= 1.06$), que equivale a secundaria completa. De los datos obstétricos, el promedio de embarazos es de 2.13 ($DE= 1.324$), y de hijos una media de 1.58 ($DE= 0.50$) (Tabla 1). En relación con el tipo de lactancia que brindarán al recién nacido, el 80% señaló la lactancia materna, 17.5% lactancia mixta y solo el 2.5% la lactancia artificial.

Tabla 1

Características sociodemográficas y obstétricas de las participantes

Características	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>VMin</i>	<i>VMax</i>
Edad	21.35	21.00	4.51	14	36
Escolaridad (en años)	9.14	9.00	1.06	6	12
Número de gestas	2.13	2.00	1.32	1	6
Número de hijos	1.58	2.00	0.50	1	2
Número de partos previos	1.58	1.00	1.21	0	4
Número de cesáreas previas	0.43	0.00	0.71	0	3

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar, *VMin*= valor mínimo,

VMax= valor máximo.

$n = 40$

El 90% de las pacientes llevó control prenatal y el 55% de ellas mencionó haber recibido información durante las consultas. Respecto a las clases de educación maternal impartidas en las instituciones sanitarias 22 de las participantes señalaron no haber asistido a ninguna clase que corresponde al 55%, ocho pacientes que tomaron una clase correspondiente al 20%, seguido de 7 participantes 17.5% que asistió en dos ocasiones, solamente tres participantes señalaron haber acudido a tres clases o más, esto equivale al 7.5%. Cabe destacar también que el 52.5% de las puérperas señaló que no considera tener suficientes conocimientos para

cuidar al recién nacido, a su vez, el 52.5% refirió que no posee suficientes conocimientos para cuidarse durante el puerperio. Además, el 80% de las participantes mencionó que le hubiera gustado recibir más información.

En la tabla 2 se describen frecuencias y porcentajes obtenidos en el apartado sobre cuidados maternos en el puerperio, destacando el uso de anticonceptivos hormonales durante la lactancia con solamente un 5% de respuestas correctas, seguido de cuidados de la episiotomía o herida de cesárea con 15% de aciertos.

Tabla 2

Necesidades de conocimiento sobre los cuidados maternos en el puerperio

Variable	correcto		incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Con qué producto no se debe cuidar la episiotomía o herida de cesárea?	6	15.0	34	85.0
¿Tienen olor los loquios (sangrado)?	18	45.0	22	55.0
¿Cuánto tiempo es normal estar sangrando después del parto?	13	32.5	27	67.5
¿Se pueden tomar anticonceptivos hormonales durante la lactancia?	2	5.0	38	95.0
¿Cuándo se pueden reanudar las relaciones sexuales?	24	60	16	40.0

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 40

En la tabla 3 respecto a las necesidades de conocimiento sobre la lactancia materna se encontró que el mayor porcentaje de conocimiento es la posición correcta de succión durante la lactancia con un 60% de respuestas correctas, sin embargo, el 77.5% desconoce cuánto tiempo debe durar cada toma, a su vez, el 70% desconoce la frecuencia con la que se debe dar pecho al recién nacido y si es necesario lavar el pecho antes y después de cada toma.

Tabla 3

Necesidades de conocimiento sobre la lactancia materna

Variable	correcto		incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Con que frecuencia se debe dar pecho al recién nacido?	12	30.0	28	70.0
¿Cuánto tiempo debe durar cada toma?	9	22.5	31	77.5
¿Es preciso lavar el pecho antes y después de cada toma?	12	30.0	28	70.0
Después de una toma, ¿con qué pecho se inicia la toma siguiente?	20	50	20	50
¿Es recomendable el uso de chupón durante el periodo de lactancia materna?	23	57.5	17	42.5
El niño está bien agarrado si:	24	60.0	16	40.0
¿Qué suplemento debe seguir tomando durante la lactancia?	15	37.5	25	62.5
Nota: <i>f</i> = frecuencia, %= porcentaje			<i>n</i> = 40	

En la tabla 4 se muestra que el mayor porcentaje de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido es acerca de en qué posición no debe dormir un niño (77.5%), seguido de signos y síntomas de alarma del cordón umbilical con un porcentaje de 70.5%, mientras que solo un 2.5% conoce dónde es preferible tomar la temperatura al recién nacido, así como, qué producto se debe utilizar para realizar las curaciones del cordón umbilical con un 20.0% de respuestas correctas.

Tabla 4

Necesidades de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido

Variable	correcto		incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Dónde se debe tomar la temperatura preferiblemente al recién nacido?	1	2.5	39	97.5
¿Cuál es la temperatura que se debe tener para considerarla como fiebre?	26	65.0	14	35.0
¿Cuál es el color normal de las heces de un recién nacido?	21	52.5	19	47.5
¿Qué NO se debe hacer en el cambio de pañal?	23	57.5	17	42.5
¿Es recomendable el uso de almohada en el recién nacido?	14	35.0	26	65.0
¿En qué posición no debe dormir un niño?	31	77.5	9	22.5
Cuando el cordón presenta aspecto blanquecino y huele mal, ¿qué harías?	30	70.5	10	25.0
¿Qué productos debemos utilizar para las curaciones del cordón?	8	20.0	32	80.0
¿Cuándo se puede cortar las uñas a un niño?	15	37.5	25	62.5
¿Qué vacuna incluida en el calendario de vacunación se administra al recién nacido durante su estancia en el hospital?	11	27.5	29	72.5
¿Cuándo debe pasar su bebé la primera revisión en su centro de salud?	22	55.0	18	45.0

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 40

Estadística descriptiva

La tabla 5 refleja la estadística descriptiva de las necesidades educativas y la satisfacción con los cuidados de enfermería, donde el promedio global de necesidades educativas es de 41.30 (*DE*= 14.47), además, se muestra el puntaje obtenido en cada una de las secciones, donde se puede destacar el apartado de cuidados en el puerperio con una media de 31.50 (*DE*= 20.1). En cuanto a la satisfacción se obtuvo un promedio de 62.20 (*DE*= 14.72).

Tabla 5

Necesidades educativas y Satisfacción con los cuidados de enfermería

Índices	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Cuidados en el puerperio	31.50	20.00	20.1
Lactancia materna	41.07	42.85	24.03
Cuidados del recién nacido	45.90	45.45	16.84
Necesidades educativas (global)	41.30	43.47	14.47
Satisfacción de los cuidados de enfermería	62.20	61.30	14.72

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estándar *n* = 40

Necesidades educativas

Para responder el primer objetivo específico. En las tablas 6, 7 y 8 se exponen las principales necesidades educativas de las pacientes según el tipo de parto y el número de hijos, agrupadas por las secciones de cuidados maternos en el puerperio, lactancia materna y cuidados del recién nacido. Se toman en cuenta las respuestas incorrectas debido a que, como fue mencionado anteriormente, a mayor número de respuestas incorrectas mayor necesidad educativa, esto se traduce también como, a menor puntuación mayor necesidad educativa.

En la tabla 6 se observan las necesidades educativas de las pacientes con un hijo y con dos o más hijos. En ambas, se destacan como necesidades educativas el uso de anticonceptivos hormonales durante la lactancia y el cuidado de la episiotomía o herida de cesárea, esto mismo sucedió de acuerdo con el tipo de parto.

Tabla 6

Necesidades educativas sobre los cuidados maternos en el puerperio de acuerdo con el número de hijos y tipo de parto

Reactivos	Número de hijos				Tipo de parto			
	Un hijo		2 hijos o más		Vaginal		Cesárea	
	incorrecto		incorrecto		incorrecto		incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Con qué producto no se debe cuidar la episiotomía o herida de cesárea?	15	37.5	19	47.5	23	57.5	11	27.5
¿Tienen olor los loquios (sangrado)?	9	22.5	5	12.5	17	42.5	5	12.5
¿Cuánto tiempo es normal estar sangrando después del parto?	12	30.0	15	37.5	18	45.0	9	22.5
¿Se pueden tomar anticonceptivos hormonales durante la lactancia?	17	42.5	21	52.5	26	65.0	12	30.0
¿Cuándo se pueden reanudar las relaciones sexuales?	5	12.5	11	27.5	11	27.5	5	12.5

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 40

En la tabla 7 se observan las necesidades de conocimiento sobre la lactancia materna. De acuerdo con el tipo de parto, las participantes con parto vaginal manifiestan una mayor necesidad educativa respecto a la duración de la toma y la frecuencia con la cual se debe amamantar. Las participantes con parto por cesárea muestran una necesidad educativa preponderante respecto a si es preciso lavar el pecho antes y después de cada toma, así como la frecuencia con la cual se debe alimentar al recién nacido.

En relación con el número de hijos puede observarse como necesidad educativa la frecuencia y el tiempo de duración de las tomas para amamantar en las pacientes con un hijo, esto mismo sucede en las puérperas con dos hijos o más incluyendo también si es preciso lavar el pecho antes y después de cada toma.

Tabla 7

Necesidades educativas sobre la lactancia materna de acuerdo con el número de hijos y tipo de parto

Reactivos	Número de hijos				Tipo de parto			
	Un hijo		2 hijos o más		Vaginal		Cesárea	
	incorrecto		incorrecto		incorrecto		incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Con que frecuencia se debe dar pecho al recién nacido?	11	27.5	17	42.5	18	45.0	10	25.0
¿Cuánto tiempo debe durar cada toma?	14	35.0	17	42.5	22	55.0	9	22.5
¿Es preciso lavar el pecho antes y después de cada toma?	11	27.5	17	42.5	16	40.0	12	30.0
Después de una toma, ¿con qué pecho se inicia la toma siguiente?	8	20.0	12	30.0	13	32.5	7	17.2
¿Es recomendable el uso de chupón durante el periodo de lactancia materna?	9	22.5	8	20.0	12	30.0	5	12.5
El niño está bien agarrado si:	7	17.5	9	22.5	13	32.5	3	7.5
¿Qué suplemento debe seguir tomando durante la lactancia?	10	25.0	15	37.5	16	40.0	9	22.5

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 40

En la tabla 8 se observan las necesidades educativas respecto a los cuidados del recién nacido, donde se destaca la toma de temperatura, el producto que se debe utilizar para realizar las curaciones del cordón, así como la vacunación en el recién nacido, en ambos casos, de acuerdo con número de hijos y el tipo de parto.

Tabla 8

Necesidades educativas sobre cuidados del recién nacido de acuerdo con el número de hijos y tipo de parto

Reactivos	Número de hijos				Tipo de parto			
	Un hijo		2 hijos o más		Vaginal		Cesárea	
	incorrecto		incorrecto		incorrecto		incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Dónde se debe tomar la temperatura preferiblemente al recién nacido?	17	42.5	22	55.0	26	65.0	13	32.5
¿Cuál es la temperatura que se debe tener para considerarla como fiebre?	7	17.5	7	17.5	10	25.0	4	10.0
¿Cuál es el color normal de las heces de un recién nacido?	6	15.0	13	32.5	14	35.0	5	12.5
¿Qué NO se debe hacer en el cambio de pañal?	7	17.5	10	25.0	13	32.5	4	10.0
¿Es recomendable el uso de almohada en el recién nacido?	11	27.5	15	37.5	18	45.0	8	20.0
¿En qué posición no debe dormir un niño?	3	7.5	6	15.0	7	17.5	2	05.0
Cuando el cordón presenta aspecto blanquecino y huele mal, ¿qué harías?	5	12.5	5	12.5	6	15.0	4	10.0
¿Qué productos debemos utilizar para las curaciones del cordón?	13	32.5	19	47.5	22	55.0	10	25.0
¿Cuándo se puede cortar las uñas a un niño?	9	22.5	16	40.0	16	40.0	9	22.5
¿Qué vacuna incluida en el calendario de vacunación se administra al recién nacido durante su estancia en el hospital?	13	32.5	16	40.0	22	55.0	7	17.5
¿Cuándo debe pasar su bebé la primera revisión en su centro de salud?	7	17.5	11	27.5	12	30.0	6	15.0

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 40

Satisfacción con el cuidado de enfermería

Para dar respuesta al segundo objetivo específico en la tabla 9 se observa la satisfacción de las pacientes según el tipo de parto y el número de hijos.

Tabla 9

Satisfacción según el tipo de parto y número de hijos

Variables		\bar{X}	DE
Tipo de parto	Vaginal	61.37	13.82
	Cesárea	63.91	16.89
Número de hijos	Un hijo	63.02	15.42
	Dos o más hijos	61.59	14.49

\bar{X} = media, DE= desviación estándar

n= 40

Para dar respuesta al objetivo general la tabla 10 muestra que las pacientes de cesárea están más satisfechas con los cuidados de enfermería, con una media de 63.91 (DE=16.89). Respecto a la satisfacción, las puérperas de parto vaginal presentan una mayor necesidad educativa que cuenta con un promedio de 40.25 (DE= 15.61), ya que para fines de este estudio y como se mencionó anteriormente, a menor puntuación mayor necesidad educativa.

Tabla 10

Satisfacción con los cuidados de enfermería y necesidades educativas según el tipo de parto y número de hijos

Variables		Satisfacción con los cuidados de enfermería			Necesidades educativas		
		\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE
Tipo de parto	Vaginal	61.37	60.71	13.82	40.25	43.47	15.61
	Cesárea	63.91	67.85	16.89	43.47	47.82	12.03
Número de hijos	Un hijo	63.02	59.52	15.42	41.17	39.13	13.84
	Dos o más hijos	61.59	61.90	14.49	41.39	47.82	15.22

Nota: \bar{X} = media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar

n = 40

Discusión

El proceso educativo brindado por el personal de salud debe cubrir las necesidades de las pacientes y su familia para estar satisfechos con la atención. Para llevar a cabo esta tarea el Consejo de Salubridad General (2015) señala que el personal de enfermería tiene el compromiso de conocer las inquietudes e información necesaria que deberá proporcionarse durante el proceso educativo a la púérpera. Los resultados del estudio muestran que la mujer durante su gestación o durante el parto y posparto recibe poca información sobre su cuidado y del recién nacido. Esto se pone en evidencia ya que los resultados muestran que, a pesar de que el 90% de las participantes acudió a control prenatal solamente poco más de la mitad (55%) recibió información, estos hallazgos se podrían explicar por la cultura de calidad de los distintos servicios de salud, así como el incumplimiento en el estándar establecido por el Consejo de Salubridad General para la Educación del paciente y su familia (2015).

Sin embargo, también cabe señalar la baja asistencia de las pacientes a las sesiones educativas programadas impartidas, este estudio arrojó que menos de la mitad (45%) de las púérperas asistió, a diferencia de lo encontrado por Gómez *et al.* (2014) y Seguranyes (2013) quienes reportan una alta asistencia a los programas educativos, esto podría atribuirse a la cultura del autocuidado de las pacientes y a los distintos sistemas de salud, así como la metodología que utilizan para la atención durante el embarazo, parto y puerperio, la cual es más personalizada.

El puerperio es un proceso crucial para la adecuada recuperación de la mujer, así como una etapa de adaptación y cambios importantes, durante la cual surgen necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales tanto para la madre como para el recién nacido. Debido a esto, existe un porcentaje elevado de necesidades educativas que se pone en evidencia, en este estudio, los temas con mayor necesidad educativa son los relacionados al cuidado de la mujer durante el puerperio, entre los que se destaca el uso de la anticoncepción durante la lactancia, en esta investigación se encontró que solo un pequeño porcentaje de mujeres tenía conocimiento sobre el uso de anticonceptivos, esto concuerda con lo encontrado por Gómez *et al.* (2014) y Seguranyes (2013) donde la anticoncepción representó un bajo porcentaje de preocupación, esto puede deberse al desconocimiento acerca de la utilización de la lactancia materna como método anticonceptivo y al uso adecuado de estos durante el posparto. Este

hallazgo es importante ya que, una de las estrategias establecidas por la Secretaría de Salud (2012) en México para disminuir la mortalidad materna es la anticoncepción posterior a un evento obstétrico, y el desconocimiento de las pacientes puede ser percibido como una barrera para llevar a cabo esta valiosa herramienta de prevención. Información correcta entre las puérperas acerca de los signos de alarma durante este periodo, además del autocuidado que deberá seguir en casa, de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio que coinciden con lo señalado por Acevedo (2015), Gómez *et al.* (2014) quienes señalan el deficiente conocimiento y la omisión de los autocuidados de la mujer en el puerperio. Es importante considerar este aspecto, ya que las complicaciones puerperales representan el 38.9% de las causas de defunción materna (INEGI, 2017).

Uno de los hallazgos de la investigación es que, los cuidados proporcionados al recién nacido representan el rubro con mayor conocimiento, seguido por la lactancia materna y a pesar de tener una necesidad educativa importante acerca de los cuidados en el puerperio, las mujeres anteponen el cuidado de sus bebés, sin considerar que la pieza fundamental para el cuidado del recién nacido es la propia madre. Esto es similar a lo encontrado por Escuriet y Martínez (2004) quienes señalan que la mitad de las puérperas refirieron tener dudas acerca de los cuidados del recién nacido y donde los temas de menos interés son los relacionados con el autocuidado; Ponce (2005) señala que el mayor conocimiento era la alimentación por lactancia y el menor los signos de alteración durante el puerperio.

Conclusión

El puerperio es un suceso especial y único en la vida de la mujer, se encontró que existe un déficit de la educación hacia la mujer puérpera, con un porcentaje de satisfacción bajo, no se encontró asociación entre estas dos variables. Sin embargo, se observa la importante necesidad de información en la paciente puérpera, sobre todo en relación con los cuidados en el puerperio, esta necesidad educativa es menor respecto a los cuidados hacia el recién nacido, por esto, se puede concluir también que la madre prioriza al bebé y sus cuidados, antes que los de ella misma.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, B. A., Pizarro, N., Moriel, C. L., González, E., Berumen, L. V. (2016). Proceso educativo e enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24 (3), pp. 197-204.
- Arnedillo, M. S., Zarazaga, M. C., Echevarría, A., Santos, P., Pozo, F. (2001). Continuidad de la educación maternal en el ámbito hospitalario. *Hygia*, 49, pp. 40-42.
- Burns, N., Grove, S., Gray, J. (2011). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia*. Barcelona, España. Elsevier.
- Consejo de Salubridad General (2015). *Estándares para Certificar Hospitales*. Segunda Edición, pp. 295-303. Recuperado de:
www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf.
- Fernández, M. (2009). Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. Serie de Trabajos Fin de Master.1 (2), pp. 383-399.
- Fernández, R. (2013). *Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria*. (Tesis de Grado en Enfermería). Universidad de Oviedo, Asturias, España.
- Gerónimo, R., Magaña, M., Rivas, V., Sánchez, L. L., Cruz, A., Morales, F. (2016). Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista CONAMED*, 21 (1), pp. 15-20.
- Gómez, M. C., Labandeira, P., Núñez, M., Mengíbar, A., Vallecillos, S., Hernández, A. (2014). Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas profesión*, 15 (1), pp. 10-17.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Nacimientos. Recuperado el 19 de octubre de 2016, de www.inegi.org.mx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del día de la madre (10 de mayo)*. Recuperado el 17 de noviembre de 2017 de:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf

- Janssen, P., Dennis, C., Reime, B. (2006) Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Research in nursing & health*, 29 (1), pp. 51-60.
- Raile, A., Marriner, T. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Rodríguez M (2016) Incidencia de dos principales intervenciones obstétricas en hospitales de la Secretaría de Salud, como alternativa para medir la calidad de la atención hospitalaria. *Revista de CONAMED*, (9): 15-19 Nov-Dic.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. México. Recuperado de:
www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html
- Secretaría de Salud (2012). *Programa de acción específico para la Salud Materna y Perinatal 2013-2018*. Recuperado de:
http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- Seguranyes, G. (2013). *Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de atención primaria en Cataluña*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Towle, M. A. (2010). *Asistencia de Enfermería Materno-Neonatal*. Madrid, España: Pearson.

Elección de redes de apoyo tras el posible resultado reactivo en una prueba rápida de VIH en estudiantes de la Facultad de Sistemas de la UADEC.

*Ana Berenice De la Peña Aguilar.*¹⁵⁸

*Beatriz Marisela Lazalde Núñez*¹⁵⁹

*Diana Isabel López Rodríguez.*¹⁶⁰

*Mayra Daniela Cedillo Alvarado.*¹⁶¹

RESUMEN

La presente investigación es motivada por el trabajo realizado en el Departamento de Psicología y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila, quien en colaboración con el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), realizó la aplicación de pruebas rápidas para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) en la Facultad de Sistemas de la UAdeC.

Ante la posibilidad de un resultado reactivo al realizar la prueba, consideramos importante indagar con qué de redes de apoyo y el tipo de vínculo que mantiene con ellas, estarían presentes en caso de que se necesitara enfrentar la continuidad de un posible tratamiento ante la portación del VIH.

Los jóvenes universitarios realizan prácticas de riesgo sexual y cada vez con menor responsabilidad en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, por eso la importancia del acceso oportuno a la detección del virus en caso de adquirirlo desde el derecho a la salud, para que, de tener un resultado reactivo, se le brinde el tratamiento adecuado de manera gratuita y oportuna.

Se realizó un instrumento ad hoc que permite conocer cuáles serían las redes de apoyo más importantes del joven en caso de ser portador del virus y con quiénes acudiría primero, siendo

¹⁵⁸ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. b.pena@uadec.edu.mx

¹⁵⁹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. beatrizlazaldenunez@uadec.edu.mx

¹⁶⁰ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. diana-lopez@uadec.edu.mx

¹⁶¹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. daniela.alvarado@uadec.edu.mx

la familia en general como el primer lugar de red de apoyo, identificando cada miembro en un sitio especial de cercanía.

Palabras clave: VIH, redes de apoyo, Psicología

INTRODUCCIÓN

En México, para el primer trimestre de 2019, han sido notificadas 1,758 nuevas infecciones de VIH (CONASIDA, Actualización al 1er. trimestre del 2019) y muchas de las personas que reciben el diagnóstico de ser portadoras del virus lo hacen desde el miedo, la angustia y la desesperanza (ONUSIDA, 2017). El hablar de VIH-sida sigue siendo un estigma social y el ser portador del virus es casi equiparable con portar una etiqueta que habla de continuar con una vida de discriminación, aislamiento, estigma e incluso la muerte (Arellano, 2008). Todo esto provoca un desequilibrio mental y emocional en la persona y repercute en su diario vivir: su historia personal, familiar, laboral y social, e incluso la disponibilidad de recursos emocionales y actitudinales, se ven disminuidos. En conjunto, este panorama desolador puede provocar que el portador del virus utilice estrategias de afrontamiento inadecuadas y que tome decisiones, que lejos de ayudarlo a mejorar su calidad de vida y consolidar su red de apoyo, la empeore (ONUSIDA, 2017).

Desafortunadamente muchos de los casos que se detectan, lo hacen en etapas tardías debido a que hay poca accesibilidad a los lugares que ofrecen servicios de detección, hay un retraso en la entrega de resultados o bien, existe estigma y discriminación para las personas que viven con el VIH/SIDA y las poblaciones vulnerables. (UNAIDS, 2018)

Nuestro país suscribió en 2016 la Declaración política para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030, según los acuerdos aprobados en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida en junio de 2016, reunión que tiene como antecedente la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida de

2001, la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006 y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.

La estrategia mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016–2021, propuesta por ONUSIDA es muy ambiciosa: Prevé ninguna nueva infección por VIH y ninguna muerte ni discriminación relacionada con el VIH en un mundo y que estas puedan tener una vida larga y saludable.

MARCO TEÓRICO

El VIH es considerado un virus que ataca las células CD4 del sistema inmunológico, que es el responsable de defendernos de las enfermedades. Al ser destruidas estas células, el organismo se vuelve susceptible de contraer diversas infecciones y enfermedades. El virus se disemina cuando los fluidos de una persona infectada con VIH pasan al cuerpo de otra persona y cuando esto ocurre, el virus que entra en el cuerpo, se va multiplicando principalmente en los glóbulos blancos (células que normalmente protegen de las enfermedades), y así el virus va debilitando el sistema inmunológico, dejando al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades oportunistas (IMLAS, 2013).

El VIH se transmite a través del acto sexual en cualquier modalidad: vaginal, anal u oral con una persona infectada (relación sexual sin protección); se puede transmitir de igual manera a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus).

Como se menciona en el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA, el Virus del VIH se presenta en dos fases:

Fase aguda. Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Fase crónica. Durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en un plazo de 5 a 10 años. (2012)

Recordemos según el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica (2012) “que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida)”. Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Al encontrarnos con la palabra VIH, aparece el estigma asociado al sida y ésta, al ser una enfermedad crónica y hasta el momento sin cura o tratamiento efectivo, una reacción ansiógena ante la noticia de saberse portador del virus es esperable e inevitable, ya que se trata de un mecanismo de adaptación de la persona a su nuevo contexto, la enfermedad. Si no se advierte, se puede pensar en la existencia de una negación psicológica de la enfermedad. La función de la ansiedad es preparar al afectado para que se mantenga alerta y activado ante las situaciones amenazantes que va a vivir en su proceso de enfermedad.

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una condición en la que se desploma el sistema inmunológico y es incapaz de luchar contra las infecciones. El sida es causado por el virus llamado VIH (Vargas Mendoza, Cervantes Ramírez, & Aguilar Morales, 2009).

Las pruebas rápidas son métodos para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en algunos minutos. Éstas pruebas son semejantes a las pruebas

tradicionales, ya que detectan anticuerpos contra el VIH a través de aglutinación, membranas de flujo, inmunocromatografía y dependiendo del reactivo, pueden tener sensibilidad y especificidad cercanas al 100%. Su principal ventaja es que es una alternativa para lugares que no cuenten con laboratorio con una infraestructura compleja o para trabajo de campo en condiciones especiales; son fáciles de realizar y el resultado presuntivo está disponible de 15 a 20 minutos (CENSIDA, 2016).

Son las pruebas rápidas de detección del VIH el primer paso que permite que las personas conozcan su estado serológico y puedan beneficiarse de los servicios de prevención, tratamiento y atención relacionados con el VIH. Un diagnóstico tardío puede poner en peligro los esfuerzos por garantizar la eficacia a largo plazo del tratamiento y la prevención.

De acuerdo con el Manual de aplicación de pruebas rápidas de VIH de CENSIDA:

todas las personas que se realicen una Prueba Rápida para la detección de la infección por VIH deben recibir consejería previa a la realización a la misma para evaluar el riesgo de exposición –y de resultar positivo–, reducir el nivel de angustia en el usuario, y evitar un impacto psicológico negativo en quien se la realice (depresión, angustia, intentos suicidas, etc). (2016)

El diagnóstico tardío tiene consecuencias negativas en un doble plano. Por un lado, las personas sin diagnosticar no se benefician de las ventajas del tratamiento antirretroviral, y por otro aumentan las probabilidades de transmisión del virus a otras personas por presentar una mayor carga viral (Hoyos, 2012).

Al momento en que la persona recibe un diagnóstico positivo pueden sobrevenir reacciones emocionales que propicien una inestabilidad emocional y que pueden desencadenar en pensamientos y conductas autodestructivas, enajenación, depresión, ruptura de las relaciones interpersonales a partir del aislamiento, entre otras. La actitud que se tome en relación al

diagnóstico será determinante, puesto que de ahí dependerán las decisiones y acciones que el portador del virus emprenda (Rizo, Orozco, y Villaseñor, 2002).

Los problemas de salud mental y emocional pueden presentarse en cualquier persona y por diversas circunstancias, pero los usuarios de pruebas rápidas para la detección de VIH están más expuestos a experimentar sentimientos vinculados a un agudo malestar emocional sobre todo al momento en que van a conocer su resultado.

Las emociones como la negación, la ira, la tristeza y la desesperanza se hacen presentes tras saber que el resultado es “reactivo” en la prueba rápida. Esto indica que se inicia un proceso de duelo personal por la salud perdida y por la incertidumbre del futuro, lo que ocasionará de igual manera que comiencen a cambiar los hábitos de la persona portadora y que en ocasiones, por miedo a perder relaciones significativas no lo cuentan ni a su pareja, cuando entre ellos debiera existir la responsabilidad de cuidarse y sería un deber el avisar de su condición de seropositivo. (Vargas-Mendoza, Cervantes-Ramírez, y Aguilar-Morales, 2009)

Las personas tienden a sufrir malestares psicológicos, miedos o desesperanzas, comienza el desequilibrio emocional debido a la carga de visitas con especialistas, prevenciones de alto cuidado y temores de avances rápidos hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, medidas excesivas de autocuidado o aislamiento por precaución de no infectar a otros. “Las personas que viven con el VIH, deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental” (Carrobles, Remor, y Alzamora, 2003).

Se ha observado que la tensión y nerviosismo de las personas, se presenta a medida que esperan el resultado posteriormente a haberse realizado la prueba rápida. El primer cuadro clínico que experimenta la persona que acaba de conocer su seropositividad o desarrollo de la enfermedad es una reacción de estrés agudo asociada al VIH de carácter transitorio y que desaparece a los pocos días. Cuando las manifestaciones se prolongan en el tiempo y/o son excesivamente intensas puede desencadenar un trastorno adaptativo (Ballester, 2006).

Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es desconcertante, pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras del VIH-sida pueden hacer que el afrontamiento sea especialmente difícil. Aquí radica la importancia de realizar una consejería adecuada, con conocimiento, oportuna y eficaz para motivar al usuario, si su diagnóstico llegara a ser reactivo, a que opte por los mejores caminos de atención. (Vargas-Mendoza et al., 2009)

Los usuarios reactivos tienden a aislarse del mundo y no pedir ayuda emocional para poder superar el cambio de vida que están por enfrentar, lo que los lleva a aislarse de sus amigos, familia, pareja y demás miembros de sus relaciones interpersonales, aumentando así la carga que ya conlleva saberse portador del virus, aunado ahora a la decisión de querer enfrentar la noticia sin alguien que le acompañe en el proceso. Debido a esta situación es que se destaca la importancia de contar con redes de apoyo para facilitar y/o mejorar el proceso que se decida iniciar (Carrobles, Remor, y Alzamora, 2003).

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. Nos referimos a las redes mediante las cuales las personas crean lazos entre sí para brindarse apoyo (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Existen distintos tipos de apoyo que se pueden brindar en las diversas situaciones mencionadas anteriormente, los cuales son de importancia a considerar al momento de querer crear lazos y brindar apoyo a quién se encuentre en un proceso de detección y/o tratamiento en relación con el VIH:

El apoyo emocional: consiste en brindar acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo. Este apoyo alude a la disponibilidad de contar con alguien para hablar e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo. En suma, se trata de expresiones de amor, brindar ánimos, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación e interés por el otro, dar afecto y consolar. (Ballester, 2006)

Asimismo, las conversaciones con terceras personas como fuentes de apoyo, permiten que el individuo perciba que los problemas se comparten con los demás, inclusive además de influir en el estado emocional alterado del paciente, existe una respuesta favorable del sistema inmune.

Ballester (2006) habla también de la importancia del apoyo cognoscitivo refiriéndose a este apoyo como:

el proceso mediante el cual las personas reciben información que les permite resolver situaciones estresantes, brindar consejos y sugerencias. Este tipo de apoyo es relevante para el manejo de su estado de salud porque ayuda al individuo a comprender su enfermedad y ajustarse a los cambios que le demandan.

El apoyo instrumental o material: consiste en facilitar el acceso a objetos o servicios que ayudan a resolver problemas prácticos.

Las actividades de apoyo material corresponden a la proporción de alimento, vestido, dinero, compra de medicamentos, apoyo en actividades de higiene, entre otras.

Muchas actividades de apoyo suelen pertenecer a más de dos categorías al mismo tiempo. De tal forma que, tanto el apoyo instrumental como el cognoscitivo pueden considerarse como apoyo emocional siempre y cuando no se otorgue por obligación (Rizo, Orozco, y Villaseñor, 2002).

Se considera importante que la persona que ha recibido un diagnóstico de VIH se sepa conocedora de las herramientas emocionales y psicológicas con las que cuenta, así como sus

redes de apoyo para que, al hacer uso de ambas, su estado tanto físico como emocional pueda ir mejorando a medida que sus recursos y lazos se vayan haciendo cada vez más fuertes.

El apoyo percibido por parte de los familiares y de la red de convivencia disminuye el efecto del prejuicio de la enfermedad y afecta positivamente a la calidad de vida del individuo portador del virus (Souza, DeCastro, Reis y Marin - Da Silva, 2018).

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento para evaluar la calidad de vida de los enfermos tomando en cuenta cuatro dimensiones: psicosocial, física, ambiental y general. En las personas portadoras del VIH se han detectado que en el aspecto psicosocial son fundamentales las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, en el problema y las redes de apoyo con que cuente el enfermo. (Cardona-Arias, 2014)

La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser especialmente importante para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la mayoría de los pacientes portadores del virus, han manifestado que al realizar un adecuado manejo de emociones en conjunto con un acompañamiento terapéutico y teniendo en cuenta sus redes de apoyo significativas, su calidad de vida se ve favorecida y las relaciones se desenvuelven con mayor bienestar y efectos positivos. Caso contrario con personas portadoras que han tenido un afrontamiento con estados afectivos negativos, quienes se han aislado, han vivido desesperanza y esto provoca una percepción de menor apoyo social.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional. (Cardona-Arias, 2014)

“El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud”. (Vargas Mendoza et al., 2009)

Dichas definiciones implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente la situación causante del estrés y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente. El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas.

Es indispensable que se piense y se trabaje en la salud emocional de quienes pudieran ser portadores del VIH, por lo que, si se ofrece una consejería adecuada, integral y completa previa a la aplicación de la prueba rápida, la persona podrá contar con la información necesaria para tomar decisiones que le permitan continuar con una calidad de vida favorable. (CENSIDA, 2016)

Al hablar en materia de VIH-sida es indispensable mencionar tres garantías individuales: el derecho a la no discriminación, el derecho a la educación y el derecho a la protección de la salud. Esto en virtud de que, por las características del estigma social y prejuicios asociados al VIH, las personas seropositivas están particularmente expuestas a que se trasgreden y violenten esos derechos, y por consecuencia su bienestar personal, su vida privada y su enjuiciamiento social.

El programa de CAPASITS así como el departamento de Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila, conocen la importancia de brindar apoyo psicológico a las personas que resultan con un resultado reactivo en la prueba, brindando así el apoyo para explotar la resiliencia de cada portador y que él se perciba capaz de hacer uso de las herramientas con las que cuenta para seguir enfrentando las situaciones nuevas que se irán presentando. “Los sujetos que se han movilizad para lidiar con la enfermedad implicándose activa y positivamente, han presentado un funcionamiento más adaptado y con un menor coste emocional, frente a aquellos que no lo han hecho” (Carrobles, Remor, y Alzamora, 2003).

A inicios de 2016, la Facultad de Psicología, ofreciendo respuesta a la exigencia de la inclusión de los derechos humanos en su quehacer diario, crea el Departamento de Psicología y Derechos Humanos, departamento que desde el año de 2017 ha estado realizando aplicaciones multitudinarias de pruebas rápidas para la detección del VIH con el propósito de proteger el derecho del acceso a la protección de la salud y a una vida libre de discriminación así como de brindar información sobre un sano ejercicio de la sexualidad promoviendo el uso de condón y de prácticas sexuales seguras evitando enfermedades de transmisión sexual, sobre las formas de transmisión del virus y sobre las características de la prueba rápida de detección de VIH.

En las últimas dos aplicaciones que se realizaron en el año 2018 se identificaron 6 casos reactivos entre las 300 aplicaciones realizadas. La edad de las personas diagnosticadas como reactivas oscilaba entre los 18 y los 24 años. Uno de ellos rechazó el tratamiento médico y psicológico ofrecido por CAPASITS y prácticamente huyó del lugar.

La conciencia debe ser compartida y extendida a más poblaciones, con el fin de disminuir estadísticas sobre esta enfermedad así como su índice de mortalidad y poder a su vez lograr un primer o segundo nivel de intervención con el fin de prevenir futuras situaciones de riesgo y promover a su vez las prácticas seguras en relación con la sexualidad para beneficio de la salud, y esto se logrará apostándole a un programa de información donde se hable clara y abiertamente de las situaciones de riesgo que se enfrentan y las consecuencias que se puede tener ante ellas, más aún, si no se realiza una prueba rápida en tiempo.

MÉTODO

Se utilizó un diseño descriptivo mediante un muestreo por voluntarios.

INSTRUMENTO

Se aplicó un instrumento diseñado ad hoc que mide estrategias de afrontamiento, redes de apoyo emocional y emociones ante la posibilidad de que tras aplicarse una prueba rápida de VIH el resultado sea reactivo. El cuestionario consistió en 28 preguntas que se responden con escala Likert de 5 opciones de respuesta (definitivamente sí, probablemente sí, neutral, probablemente no, definitivamente no).

PARTICIPANTES

La muestra fue de 37 personas estudiantes universitarias de la Facultad de Sistemas de la Universidad Autónoma de Coahuila que solicitaron que se les aplicara la prueba rápida para detección de VIH.

PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo una aplicación en las instalaciones de la Facultad de Sistemas de la UAdeC campus Arteaga en donde se les invitó a realizarse las pruebas rápidas de VIH. A quienes decidieron participar se les entregó un consentimiento informado, el cuestionario de datos sociodemográficos y el instrumento, seguido a esto se les aplicó la prueba rápida de VIH. El cuestionario se aplicó previo a conocer sus resultados de la prueba rápida.

RESULTADOS

Se realizaron análisis de datos de tendencia central, frecuencias y porcentajes para describir los datos sociodemográficos y para la revisión de las escalas.

El 64.86% de los usuarios son hombres y el 35.13% fueron mujeres. De los cuales el 51.8% indicaron que en caso de que se realizaran una prueba rápida de detección de VIH y el resultado fuese reactivo buscarían una segunda opinión, mientras que el 74.2% tomarían la decisión de iniciar con el tratamiento.

El 43% de los usuarios refieren que no encuentran motivos para aislarse de sus amigos en caso de contar con un resultado reactivo, mientras que en menor medida con el 9.2% mencionan que definitivamente se aislarían de sus amigos.

El 56% menciona que al saberse portador del virus no tendría motivos para atentar con sus vidas, pero el 8.3% refiere que sí tendría los motivos.

De acuerdo a los porcentajes, las principales redes de apoyo emocional de los universitarios llegan a ser la pareja (75.9%), seguida por la mamá (73.9%), el papá (52.1%) y la familia cercana (hermanos 45%). A quien también consideran como fuente de apoyo con quien darían a conocer el resultado es con un médico y lo mencionan en un 82.9%.

El 95% de los participantes mencionan que estarían dispuestos a recibir un acompañamiento psicológico de manera inmediata.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron del instrumento aplicado, se puede observar que la mayor población que se acercó a realizarse la prueba rápida de VIH fueron hombres con una incidencia de más de la mitad.

La mayoría de los universitarios de la Facultad de Sistemas que voluntariamente se realizaron la prueba rápida de detección de VIH, cuentan con las herramientas emocionales adecuadas y suficientes para sobrellevar la noticia del resultado sea cual fuere éste, ya que más de la mitad dio a conocer que si su resultado fuese reactivo iniciarían de inmediato con un tratamiento. De igual manera, aunque en menor medida, casi la mitad de los estudiantes evaluados indican que, al saberse posibles portadores del virus, no tendrían algún motivo para aislarse de sus amigos, esto puede ser porque cuentan con la seguridad de sus redes de apoyo en las que existen lazos sólidos que podrán fungir como soportes en las decisiones posteriores al resultado.

En vista de los resultados, se concluye también que los universitarios evaluados de la carrera de Sistemas cuentan con una comunicación efectiva y con relaciones interpersonales positivas, ya que dos terceras partes de los usuarios mencionan que compartirían el resultado con su pareja y su mamá, la mitad lo haría también con el papá. En relación con el apoyo cognoscitivo e instrumental se saben acompañados por su médico.

Por ello podemos concluir que los estudiantes de la Facultad de Sistemas que se realizaron la prueba rápida para detección del VIH, cuentan tanto con las herramientas emocionales y psicológicas para enfrentar situaciones difíciles y tomar decisiones encaminadas a una mejora en la calidad de vida. De igual manera, mantienen relaciones interpersonales significativas y sólidas en quienes encuentran una fuente de apoyo al momento de conocer el resultado reactivo de la prueba.

Desde el departamento de Psicología y derechos humanos estamos interesados en colaborar para la prevención de la transmisión del virus a través de consejerías especializadas, en la detección oportuna de personas seropositivas a través de la aplicación de las pruebas rápidas para la detección de VIH, y en un futuro mediano poder brindar acompañamiento a quienes obtengan un resultado reactivo. (ONUSIDA, 2017)

Referencias Bibliográficas:

- Arellano, L. M. (2008). *Estigma y discriminación a personas con VIH*. México: Textos del Caracol 5.
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Alzamora, L. R. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 420-426.
- CENSIDA. (17 de Mayo de 2016). *Manual para la aplicación de la prueba rápida*. Obtenido de Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el sida:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Manual_Aplicacion_pruebas_rapidas.pdf
- Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. (2015). *Instituto Nacional de las Mujeres*, 1-24.
- CONASIDA. (Actualización al 1er. trimestre del 2019). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA*. México: Secretaría de Salud.
- Hoyos, J. F. (2012). La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 131-137.
- IMLAS. (2013). *Guía para comunicadores sobre VIH/sida*. Argentina.
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA. (septiembre de 2012). *Dirección General de Epidemiología*, 1-57. Obtenido de Secretaria de Salud:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf
- ONUSIDA. (2017). *Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond*. Ginebra, Suiza: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- Rizo, G., Orozco, I., & Villaseñor, T. (2002). Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1-10.
- Souza, L., DeCastro, C., Reis, R., & Marin Da Silva, R. y. (2018). Apoyo social y calidad de vida de las personas con coinfección de. *Enfermería global*, 1-10.
- UNAIDS. (2018). *Knowledge is the power*. EUA: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- Vargas Mendoza, J. E., Cervantes Ramírez, M., & Aguilar Morales, J. E. (2009). Estrategias de Afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.

Una Aproximación Diagnóstica sobre los Hábitos Alimentarios de Estudiantes Universitarios

*Hortencia Margarita Sánchez Guerrero*¹⁶²

*María Margarita Ramírez González*¹⁶³

*María Eugenia Lobo Hinojosa*¹⁶⁴

*María Francisca García Ramos*¹⁶⁵

Resumen

Este trabajo presenta algunos de los principales resultados de la primera fase de una investigación de corte cuantitativo realizado con el objetivo de indagar sobre los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios de la FTSyDH. Su importancia reside en el hecho de que, de acuerdo con los estilos de vida que se están manifestando en la sociedad actual y en especial en los jóvenes universitarios, se observa que no se han desarrollado hábitos adecuados de alimentación. De acuerdo con esto, son recientes los estudios que confirman la necesidad de conocer dichos hábitos y el estado nutricional de estudiantes, cuyos resultados permitan intervenciones, sobre todo educativas, que corrijan las deficiencias encontradas.

La población de estudio estuvo configurada por 38 estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social y Desarrollo Humano como prueba piloto, para que posteriormente sea aplicada a una muestra representativa de la población universo (total de estudiantes de la licenciatura). Algunos de los resultados analizados muestran que: cerca de la mitad de los encuestados perciben su actual estado de salud como regular o malo y, una cuarta parte refiere tener sobrepeso identificando que las razones son por la mala alimentación y la falta de actividad física. Además, menos de la cuarta parte consumen verduras y hortalizas a diario, y la ingesta de legumbres, pescado y frutos secos es muy baja. Existe un alto consumo de embutidos y alimentos “chatarra” que son pobres en nutrientes, con un contenido de azúcar, grasa y sodio perjudicial para la salud. Lo cierto es que, a pesar de las advertencias, estos alimentos son cada vez más comunes en la dieta de los estudiantes y parece difícil detener su consumo. La

¹⁶² FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo Electrónico: homasagu@hotmail.com

¹⁶³ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo Electrónico: margie3805@hotmail.com

¹⁶⁴ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo Electrónico: marulobo@hotmail.com

¹⁶⁵ FTS y DH, Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de Tiempo Completo. Correo Electrónico: franciscagarcia63@hotmail.com

investigación se lleva a cabo con el propósito de implementar un Programa de Nutrición Integral en los estudiantes universitarios que favorezca a un estilo de vida saludable.

Palabras claves

Hábitos Alimentarios, estado nutricional, estudiantes universitarios.

Introducción

Los estudiantes universitarios se encuentran en un período crítico para el desarrollo de estilos de vida que tienen mucha importancia para su futura salud y para la realización adecuada de sus actividades académicas, lo que repercute en su rendimiento, ya que la influencia en el comportamiento alimentario de los compañeros, las exigencias académicas, la situación económica y otros factores hacen que cambien sus hábitos de alimentación. De esta manera son vulnerables a una mala nutrición, no desayunan, ayunan por largas horas, prefieren la comida rápida y además no realizan ejercicio (Cáceres, Gamboa-Delgado y Velasco, 2018).

A pesar de lo anterior, la salud de los estudiantes y la alimentación en los Campus Universitarios no suscitó un verdadero interés hasta hace relativamente poco tiempo, ya que se consideraba que la vida universitaria se desarrollaba fundamentalmente en las aulas y en las bibliotecas; sin embargo, un buen rendimiento universitario depende mucho del estilo de vida, la alimentación y la salud física y mental de los estudiantes (Benarroch, Pérez y Perales, 2011).

Las instituciones de educación superior (IES), entre las cuales está la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano (FTSyDH), en su misión de formación integral de profesionales, deben procurar un ambiente de salud y de bienestar, por tanto, constituyen un escenario ideal para fomentar hábitos de vida saludable. En este entendido, dentro del compromiso formativo integral que asumen tanto la UANL como la FTSyDH trasciende el acompañamiento académico y social, para incorporar además la formación personal, el autocuidado de la salud y la promoción de contextos salutogénicos, al promover hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de enfermedades, en pro de una cualificación de la calidad de vida y como aporte a la salud pública.

Es por ello que se realizó la primera fase de este trabajo, pues se hace necesario llevar a cabo una investigación bien fundamentada que sirva de base para elaborar los proyectos de intervención requeridos. Es importante entender que los estudiantes universitarios están condicionados a cambios en sus estilos de vida que repercuten en lo social, cultural y fisiológico. En este sentido, Benarroch et al. (2011) aseveran que existe evidencia en la cual se reporta que factores como el entorno universitario condicionan las actitudes y conductas alimentarias de los estudiantes, las cuales si no son saludables pueden conllevar a factores de riesgo como sobrepeso, obesidad, trastornos alimentarios y problemas psicológicos que pueden repercutir en su rendimiento académico, en su futura salud y en su calidad de vida. Lo anterior sumado a que, en relación a jóvenes universitarios en particular, algunos autores (Cáceres et al., 2018) atribuyen la aparición de factores de riesgo de enfermedades metabólicas a débiles conexiones entre la población universitaria con redes de apoyo, como la familia y las instituciones educativas, lo cual favorecería la adopción de conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables. De esta manera, resulta necesario proyectar a los estudiantes universitarios como futuros modelos de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en su vida en general.

Algunos Referentes Teóricos

La Organización Mundial de la Salud (2016) señala que los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida, la lactancia materna favorece el crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo. Además, puede proporcionar beneficios a largo plazo, entre ellos la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

Sin embargo, en la época actual el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios desde la infancia hasta la adultez, repercutiendo en el estado nutricional de los individuos de todas las edades. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio; y no ingieren suficientes frutas, verduras, granos y fibra dietética (Egoavil y Yataco, 2017).

Para aclarar lo anterior, en este estudio se hace necesario definir “estilos de vida” y “hábitos alimentarios”. De acuerdo con Sanabria, González 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.

Por otra parte “Los hábitos alimentarios son comportamientos repetitivos que llevan a escoger y agregar a la dieta cierto tipo de alimento; estas acciones son primero voluntarias y con el paso del tiempo se vuelven involuntarias” (Egoavil y Yataco, 2017, p.1).

En este contexto, los estilos de vida saludables son patrones de conducta relacionadas con la salud 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 adolescentes que desarrollan una vida académica. Es decir, las conductas alimentarias influyen directamente en el estado nutricional de los estudiantes de educación superior, los cuales tienden a moldear una identidad personal en esta etapa, en la que surgen actitudes de riesgo, entre las que destaca una inadecuada calidad de la alimentación. A pesar de que las instituciones educativas están centradas en políticas que se orientan a fomentar una mejor calidad de vida de sus estudiantes, estos esfuerzos no han obtenido los resultados esperados, aumentando en los últimos años los riesgos de padecer patologías crónicas de origen nutricional en este grupo humano, repercutiendo también en su actividad académica. En este sentido se puede mencionar que los hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios repercuten muchas de las veces en su rendimiento escolar.

En México y en el Estado de Nuevo León, los estudiantes universitarios corresponden a una población adulta joven clave para las actividades de promoción y prevención en salud para las futuras generaciones, por lo que es trascendental realizar investigaciones tendientes a identificar la situación actual nutricional y los factores de riesgo que conlleva. Se fundamenta lo anterior en la aprobación del derecho a la alimentación en la Constitución Mexicana, la cual fue celebrada por la Representación en México de la Organización de las Naciones

Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (FAO, 2011).

Con estas bases, la importancia que presenta la alimentación para los jóvenes que estudian en un plantel de educación superior es la base de esta investigación. En la primera fase el enfoque tiene el propósito de conocer los hábitos alimentarios de los estudiantes de la Carrera de Licenciado en Trabajo Social y Desarrollo Humano y, posteriormente en una segunda fase se trabajará con los factores de índole personal, social y/o ambiental que los influyen y que les permiten o no atender las actividades académicas.

Base estructural del Trabajo

El Objetivo General es conocer los hábitos alimentarios de los estudiantes de la Carrera de Licenciado en Trabajo Social y Desarrollo Humano y su influencia en los estilos de vida saludable.

Metodología

Esta Investigación es cuantitativa, descriptiva y de tipo transversal.

Selección de la muestra

Al ser una prueba piloto, la muestra fue a partir de la selección de 2 grupos de la Carrera de Licenciado en Trabajo Social y Desarrollo Humano. Como criterio de inclusión se consideró que fueran estudiantes de 5° Semestre y que estuvieran realizando prácticas comunitarias. Resultando una población de 38 estudiantes.

Diseño del Instrumento

Fue un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas que contó con 11 apartados y 48 ítems, incluyendo el aspecto de observaciones; solamente se consideró para el presente documento el apartado de Hábitos Alimenticios.

Aplicación

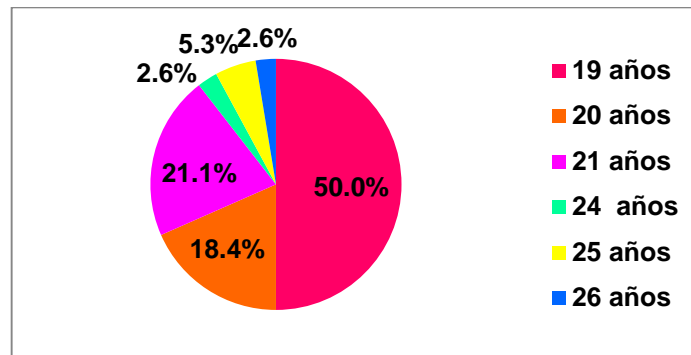
El Cuestionario fue aplicado por Docentes de la Unidad de Aprendizaje Práctica de Intervención Comunitaria a los estudiantes de 5° Semestre.

Procesamiento de la información

Se elaboró un Manual de Codificación a partir de las respuestas del encuestado que surgieron en el instrumento, lo 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. Con los datos arrojados se procedió al análisis de la información obtenida del cuestionario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

-Edad de los Estudiantes Universitarios



Gráfica No. 1. Edad de los Estudiantes Universitarios Encuestados

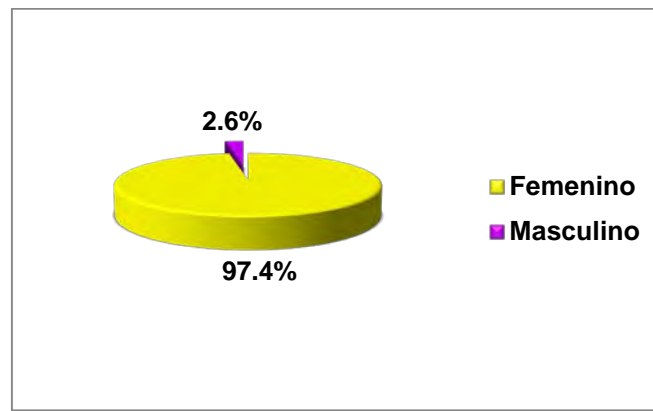
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la prueba piloto de la investigación.¹⁶⁶

En lo referente a la edad de la población encuestada, esta se concentra entre los 19 y 21 años, como se puede constatar en la gráfica No. 1. En ella se observa que la mitad (50%) tiene 19 años; el 21.1%, 21 años; y, el 18.4%, 20 años. La edad se define como “el tiempo durante el

¹⁶⁶ Nota: todas las gráficas que se presentan en el documento son elaboración propia con base en los resultados de la prueba piloto de la investigación: “Una Aproximación Diagnóstica sobre los Hábitos Alimentarios de Estudiantes Universitarios”.

cual un individuo ha vivido” (Merani, 1979, p.53). De esta manera se corrobora que la mayoría de los estudiantes están en la etapa de la adolescencia tardía, en la cual los jóvenes por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión (Montero, Úbeda y García, 2006).

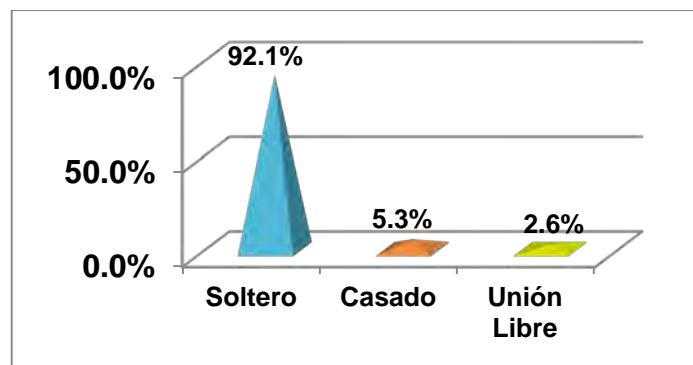
-Sexo de los Estudiantes Universitarios



Gráfica No. 2. Sexo de los Estudiantes Encuestados

El 97.4% de los universitarios que contestaron el cuestionario son del sexo femenino. Esto se debe a que en la FTSDH la mayoría de los estudiantes son mujeres, lo que puede ser un factor de análisis por las diferencias en la dieta y en los hábitos de alimentación.

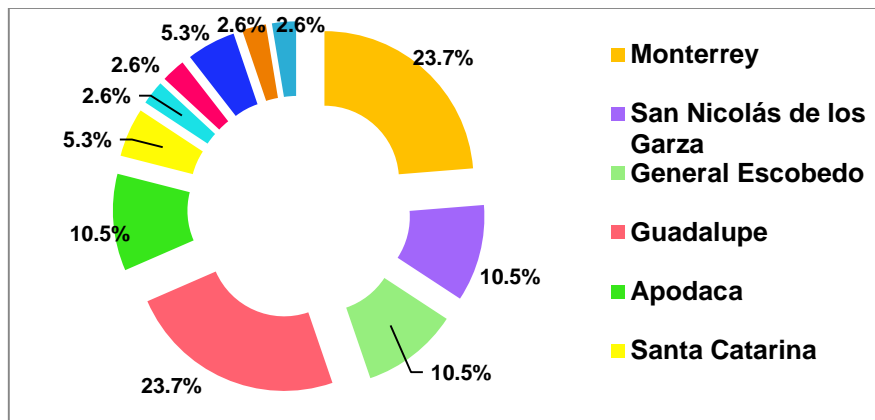
-Estado Civil de los Universitarios



Gráfica 3. Estado Civil de los Universitarios

En cuanto al estado civil se observa que la mayoría (92.1%) son solteros, lo que permite centrar el análisis en la influencia de la familia en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida.

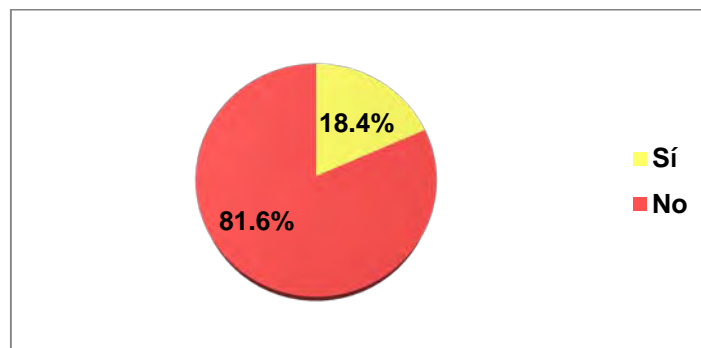
-Municipios de residencia



Gráfica 4. Municipios de residencia

Un alto porcentaje de los estudiantes residen en los Municipios de Monterrey (23.7%) y Guadalupe (23.7%), Otros viven en los Municipios de San Nicolás de los Garza (10.5%), General Escobedo (10.5%) y Apodaca (10.5%), Santa Catarina (5.3%) y Villa Juárez (5.3%). El lugar de residencia es importante para ubicar la distancia que tienen que recorrer para llegar a la Facultad donde estudian, los costos del transporte y las horas invertidas, por lo que muchos de ellos se ven obligados a comer fuera de su casa, llevando “lonche” o comprando en las cafeterías o snacks.

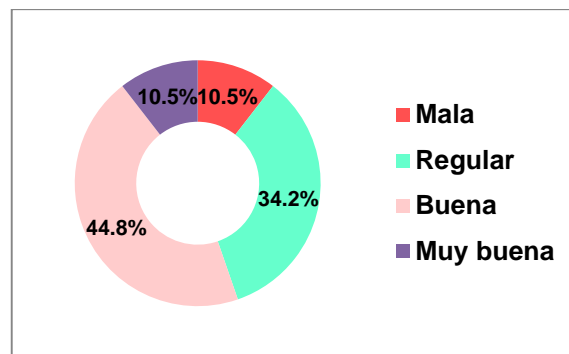
-Trabajo del Estudiante Universitario



Gráfica No. 5. Trabaja el Estudiante Universitario

La mayoría de los jóvenes encuestados (81.6%) no trabaja, a pesar de sus requerimientos económicos. En este sentido, el trabajo se define como “conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, solucionar un problema o producir de bienes y servicios para atender las necesidades humanas” (Villalobos, 1996, p.109). Es importante señalar que una gran parte de los estudiantes no tiene un empleo remunerado, porque se dedican a estudiar y en la FTSyDH se requieren muchas horas al día para cumplir con las actividades académicas (horas aula, prácticas curriculares y horas extra aula). Sin embargo, existen quienes lo hacen (18.4%) para poder costearse la carrera o ayudar en su casa, lo que complica aún más sus horarios.

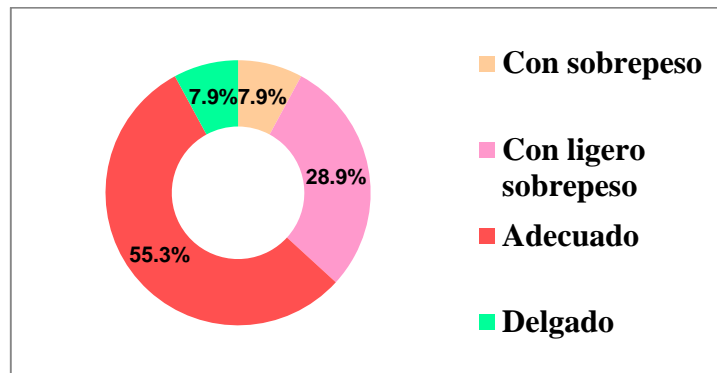
-Percepción de salud física de los Estudiantes Universitarios



Gráfica No. 6. Cómo consideran su salud física los Estudiantes Universitarios

Como se muestra en la gráfica No. 6, el 44.8% de los estudiantes consideran tener una buena salud física; sin embargo, el 44.7% la definen como: “regular” (34.2%) o “mala” (10.5%). Datos que se deben tomar en cuenta para hacer un análisis de las causas de esa percepción, para realizar una buena intervención educativa en el área de salud.

-Peso corporal de los Estudiantes Universitarios Encuestados

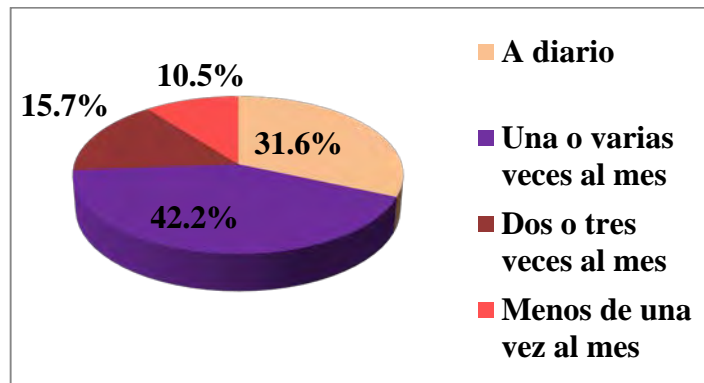


Gráfica 7: Cómo consideran que es su peso los Universitarios

Si bien el 53.3% de los estudiantes refieren tener un peso “adecuado”, se debe centrar la atención en los alumnos que dicen tener un “ligero sobrepeso” (28.9%) --*que si no cuidan sus hábitos alimentarios pueden convertirse en obsesos*-- y en los que ya dicen considerarse “con sobrepeso” (7.9%), pues éste es causa de enfermedades graves si no se cuida la alimentación. 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”.

A los estudiantes que dijeron tener sobrepeso se les cuestionó cual creían que era la causa y sus respuestas fueron: mala alimentación y no realizar actividad física, lo cual indica que están conscientes de la importancia de la buena alimentación y el ejercicio corporal para la buena salud, pero existen factores como: la influencia en el comportamiento alimentario de los compañeros, las exigencias académicas, la situación económica, el no comer en casa y otros que hacen que cambien sus hábitos de alimentación. De esta manera son vulnerables a una mala nutrición y además no realizan ejercicio cotidianamente, como se puede observar en las siguientes gráficas (No. 8 y 9).

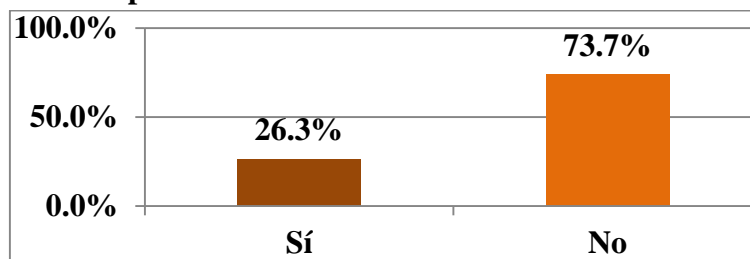
-Frecuencia en que caminan por más de media hora



Gráfica No. 8. Frecuencia con la que caminan durante más de media hora

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como salud “...el estado de completo bienestar físico mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada” (Oblitas, 2004, p. 250). En este sentido, el caminar ofrece muchos beneficios para alcanzar una salud óptima; sin embargo, un buen porcentaje de estudiantes (52.7%) refieren hacerlo: “menos de una vez al mes” (10.5%) o solamente “una vez al mes” (42.2%).

-Actividades físicas o deportivas

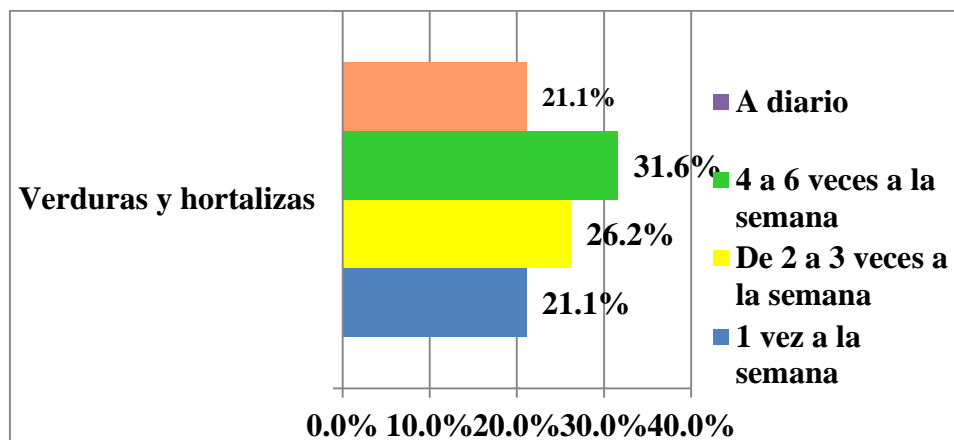


Gráfica No. 9. Realizan alguna actividad física o deportiva

Se puede observar en la gráfica No.9 que el 73.7% de los estudiantes encuestados no realizan ninguna actividad física o deportiva, lo cual es un foco rojo de atención. Esto puede ser por el exceso de trabajo en la escuela y/o por no tener hábitos en este sentido. Segura (1996, p. 125) menciona que la actividad física “es uno de los elementos que integran el tratamiento de la diabetes. Se basa en la circunstancia de que el ejercicio muscular actúa como elemento que favorece la combustión de los glúcidos”, por ello se debe incentivar a los jóvenes universitarios a practicarlo.

INGESTA DE ALIMENTOS.

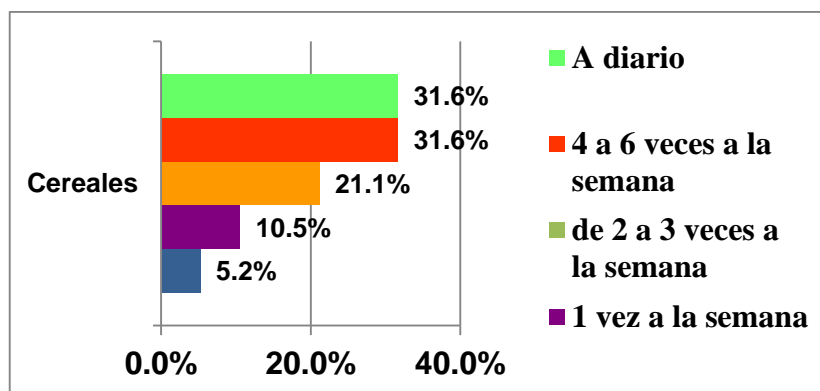
-Ingesta de verduras y hortalizas.



Gráfica No. 10. Consumo de verduras y hortalizas.

De acuerdo a los resultados, solamente el 21.1% refieren consumir verduras y hortalizas diariamente, lo que es un porcentaje bajo para las necesidades alimentarias de los jóvenes. Las verduras y las hortalizas aportan muchos beneficios desde el punto de vista nutricional previniendo enfermedades. Son sobre todo importantes porque regulan el tránsito intestinal y porque las vitaminas que aportan modulan muchos procesos metabólicos (Oblitas, 2004).

- Consumo de cereales.

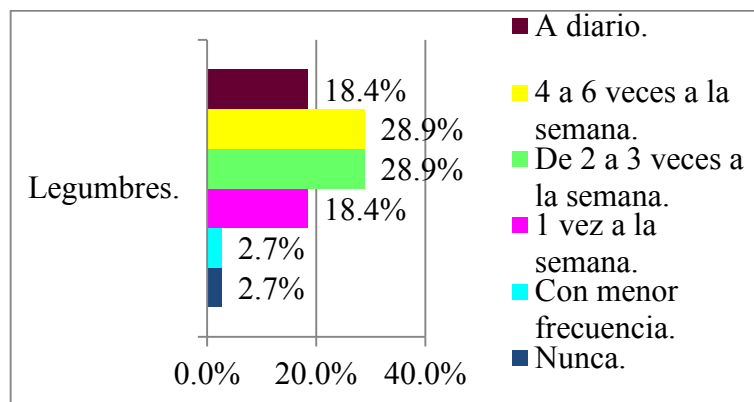


Gráfica No. 11. Consumo de cereales

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). Los nutriólogos destacan la importancia de consumirlos para tener una alimentación balanceada. En este

sentido, el 31.6% de los estudiantes consume de manera diaria cereales, o lo hace “de 4 a 6 veces por semana” (31.6%) --lo cual de manera preliminar puede juzgarse como bueno--. Esto puede deberse a la facilidad que otorgan los cereales comerciales que vienen empaquetados y listos para su consumo. Sin embargo, se debe de indagar que tipo y cómo los consumen para identificar su valor nutricional, pues algunos de ellos están procesados y/o contienen azúcares en alto grado,

-Consumo de legumbres



Gráfica No. 12. Consumo de legumbres

El 23.8% de los estudiantes dicen: “nunca” consumir legumbres, hacerlo con “menor frecuencia” o solamente “una vez a la semana”; y sólo el 18.4% las consume a diario. Las legumbres son uno de los alimentos que **por lo regular se relegan a un segundo plano a la hora de las comidas**, por su mayor elaboración y el poco tiempo que se tiene para cocinar debido al ajetreado ritmo de vida sobre todo de los estudiantes que se pasan en la escuela y/o en la práctica todo el día. Sin embargo, al apartarlas a un lado, también **se están obviando los beneficios que pueden aportar** al organismo. De acuerdo con Delgado-Andrade, Olías, Jiménez-López y Clemente (2016), las legumbres:

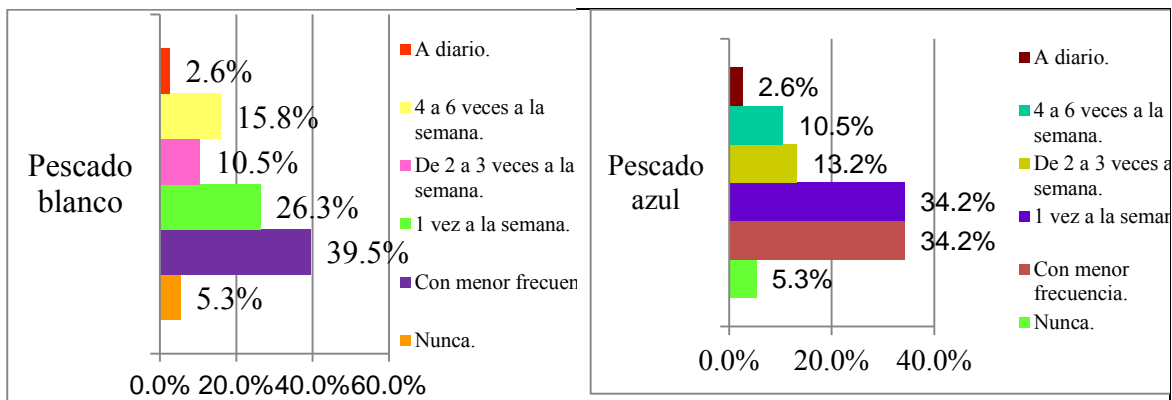
-En primer lugar, **tienen un alto contenido en hidratos y proteínas**, lo que permite tener un aporte extra de energía cuando se ingieren. Además, **tienen mucha fibra**, lo que facilita la reducción del colesterol y favorece el funcionamiento intestinal.

-Por otro lado, las legumbres tienen **minerales beneficiosos para la salud**, como calcio, potasio y magnesio, y vitaminas del grupo B, que aportan también energía y ayudan a que el

sistema nervioso realice correctamente su función. Además, contienen **gran cantidad de hierro**, mineral muy importante en cualquier dieta. Por último, **es un alimento barato con bajo índice glucémico** y con una importancia nutricional destacable para todos los miembros de la familia.

-Consumo de pescado.

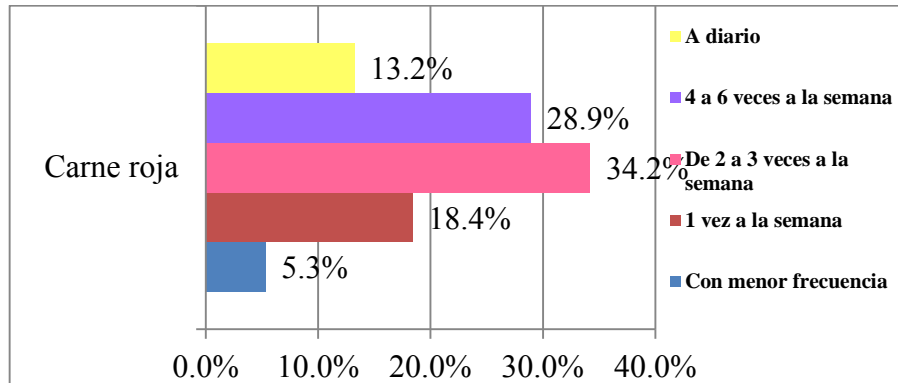
La nutricionista Mallada (2013) asevera que el consumo de pescado forma parte de una dieta equilibrada y su ingesta debe ser de 3-4 raciones a la semana, ya que es un alimento muy completo que aporta proteínas de alto valor biológico, vitamina D y del grupo B, yodo, potasio, hierro, calcio, entre otros nutrientes. Otra de las ventajas corroborada que expone Mallada (2013), es la relación del consumo de pescado azul (sardina, caballa, atún, bonito, pez espada, salmón, arenque, boquerones, jurel...) y la prevención de enfermedades cardiovasculares. Este tipo de pescado es una importante fuente de ácidos grasos Omega 3 reducen los niveles de colesterol 'malo' y retardan el proceso de acumulación de placa grasa en las arterias.



Gráfica No. 13. Consumo de pescado blanco y azul

El 44.8% de los estudiantes: “nunca” (5.3%) o “con menor frecuencia” (39.5%) consume pescado blanco; y el 39.5%: “nunca” (5.3%) o “con menor frecuencia” (34.2%) consume pescado azul, lo que indica que su ingesta no es parte de la dieta cotidiana de los estudiantes encuestados.

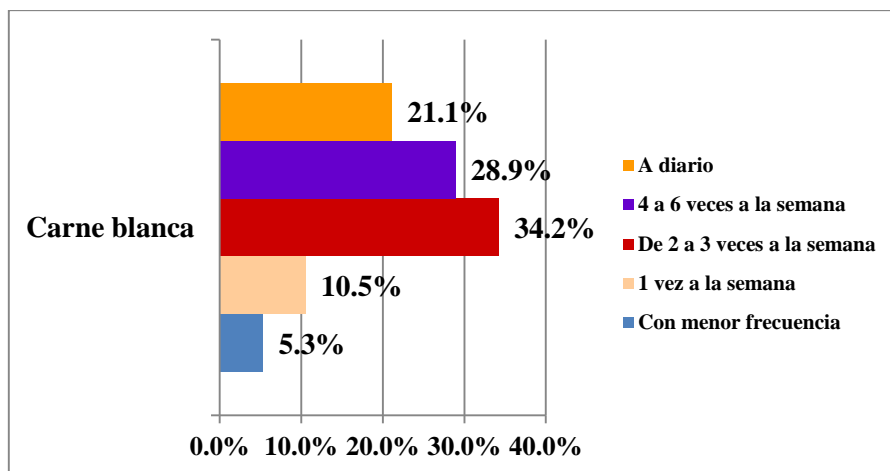
-Consumo de carne roja y de carne blanca



Gráfica No. 14. Consumo de carne roja

La carne roja es rica en proteínas de buena calidad y, sobre todo, es una excelente fuente de hierro que contribuye a prevenir o controlar estados de anemia, aseguran los especialistas en nutrición (Mallada, 2013). Sin embargo, cuando se consume en forma excesiva trae posibles riesgos, por lo que los expertos sostienen que lo aconsejable es comer este tipo de carne dos o tres veces a la semana y que sea magra, el resto de los días es conveniente dejar lugar para las carnes blancas (Calle, 2018).

En la gráfica No. 14 se observa que un 34.2% de los estudiantes encuestados sí consume carne roja “de 2 a 3 veces a la semana”, y un 28.9% “de 4 a 6 veces a la semana”. En este sentido es importante indagar ¿qué tipo de carne ingieren? Pues está asociado a tacos en la calle (de trompo, de bistec, etc.), o hamburguesas con un alto contenido de grasa.

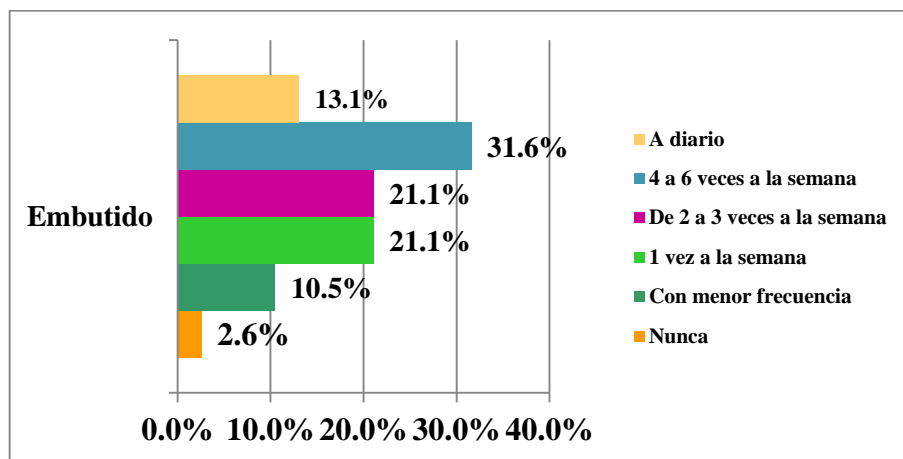


Gráfica No. 15. Consumo de carne blanca

En este estudio el 34.2% de los encuestados dicen consumir carne blanca “de 2 a 3 veces por semana” y el 28.9% “de 4 a 6 veces”, lo cual es bueno, solamente habrá de investigarse la forma en que se consume, pues debe estar libre de grasa. En esta gráfica llama la atención que existen estudiantes (15.8%) que con menor frecuencia o solamente una vez a la semana la consumen.

Para sustituir la fuente de proteínas que es la carne roja, las carnes blancas son una buena opción. No solo por sus proteínas de fácil digestión, sino también por sus lípidos insaturados, los minerales que contiene (hierro, cinc, cobre) y las vitaminas del grupo B que proporciona. Por eso se la asocia con menor riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2. En cuanto a la cantidad se aconseja tomarla en torno a dos o tres veces a la semana. Y si se habla de la forma de consumirla, las opciones son varias: A la plancha, asada al horno, estofada con verduras o en guisos tradicionales, evitando el exceso de grasa (Calle, 2018).

-Consumo de embutidos



Gráfica No. 16. Consumo de embutidos

En México los alimentos cárnicos procesados, o también conocidos como embutidos, son uno de los alimentos más consumidos ya que, además de ser muy aceptables en sabor, se pueden encontrar a un bajo precio e incluir en diferentes comidas, así como transportar a modo de “lonche” fácilmente. En este particular, el 44.7% de los estudiantes encuestados: los

consume “a diario” (13.1%) o “de 4 a 6 veces a la semana” (31.6%), lo cual puede ser significar una alerta roja en la alimentación.

Este tipo de productos están fabricados con recortes y sobras de animales ricos en grasas, además de contener añadidos químicos que son los que hacen que aumenten su vida útil y los que hacen que siempre luzcan frescos. Estos compuestos son los que están en alerta respecto a la salud, ya que pueden tener un efecto negativo en el organismo cuando se incluyen de forma habitual en la dieta. Según Krauss (2017):

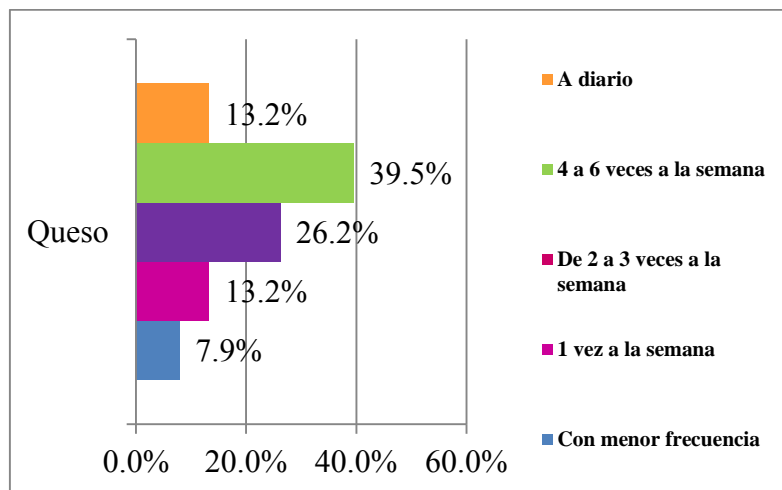
- Los ingredientes de los embutidos son una fuente de grasas saturadas que incrementan el colesterol en sangre, además de provocar problemas cardiovasculares. También son de difícil digestión, provocando mayor permanencia gástrica, pudiendo producir acidez, distensión abdominal y malestar general.
- Al ser una fuente de calorías y grasas saturadas, son un alimento que predisponen a la persona a un aumento de peso, con una posible obesidad.
- La sal es uno de los ingredientes que más se concentra en este tipo de carnes, el cual afecta la salud cardiovascular, predisponiendo a la hipertensión arterial, provoca retención de líquidos, entre otros. En el proceso de fabricación de embutidos la cantidad de sal que se utiliza sobrepasa la dosis diaria recomendada en promedio.
- Los azúcares utilizados en la fabricación de embutidos tienen como intención disfrazar el sabor de la sal, pero, sobre todo, producen ácido láctico, reacción esencial para los embutidos fermentados. Esto irrita y degenera el sistema nervioso, y afecta severamente al páncreas y el hígado.
- Uno de los conservantes más utilizados en la fabricación de embutidos es el nitrito de sodio, ingrediente utilizado para que las salchichas luzcan más frescas y libres de microbios. Este añadido ha sido objeto de investigación durante algunos años, ya que es el responsable del mayor riesgo de cáncer de estómago y otros tipos de cáncer.

-Consumo de queso, leche y productos lácteos

Durante la transición de la infancia a la fase adulta, el cuerpo humano registra importantes cambios físicos, fisiológicos y psicológicos, fruto de su adaptación a esta nueva etapa de la vida. Una de las principales evoluciones es la que se produce en la estructura ósea, de ahí que la leche y los productos lácteos sean uno de los pilares básicos de la alimentación. En

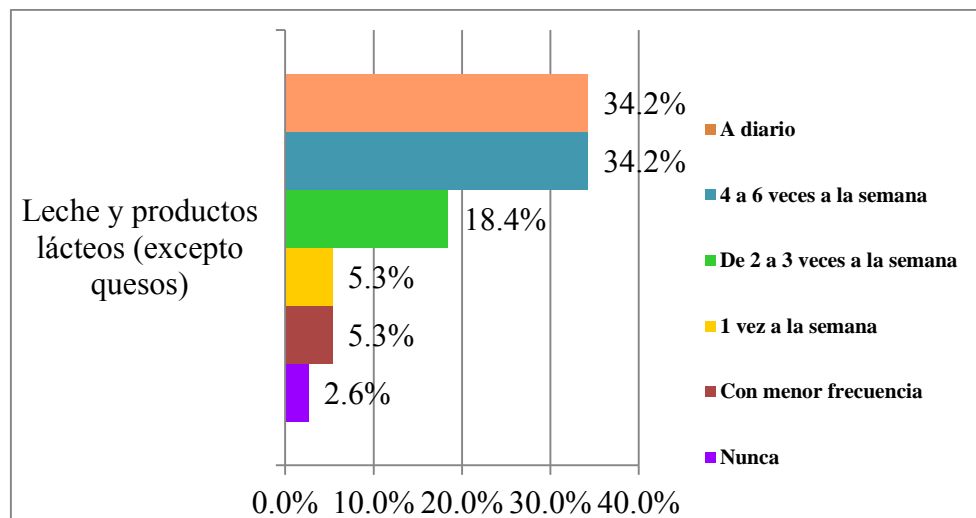
la fase adolescente se necesita diariamente más del doble de calcio necesario en los primeros años de vida. Estos aportan gran cantidad de nutrientes esenciales y muy necesarios para este periodo tan crucial (Calle, 2018).

García (2018) explica que son diversos los motivos por los que la leche y sus derivados son unos aliados imprescindibles para los jóvenes estudiantes. Por un lado, tienen un alto contenido en calcio, y por otro, la presencia de nutrientes que favorecen la absorción de ese calcio, por lo que **su consumo está recomendado como una de las vías más eficaces para satisfacer plenamente las necesidades de su organismo.**



Gráfica No. 17. Consumo de queso

Más de la mitad de los encuestados (52.5%) refieren consumir queso: “a diario” (13.2%) o “4 a 6 veces a la semana” (39.6%), lo cual es aconsejable. Sin embargo, el 7.9% dice comerlo solamente “una vez a la semana”.



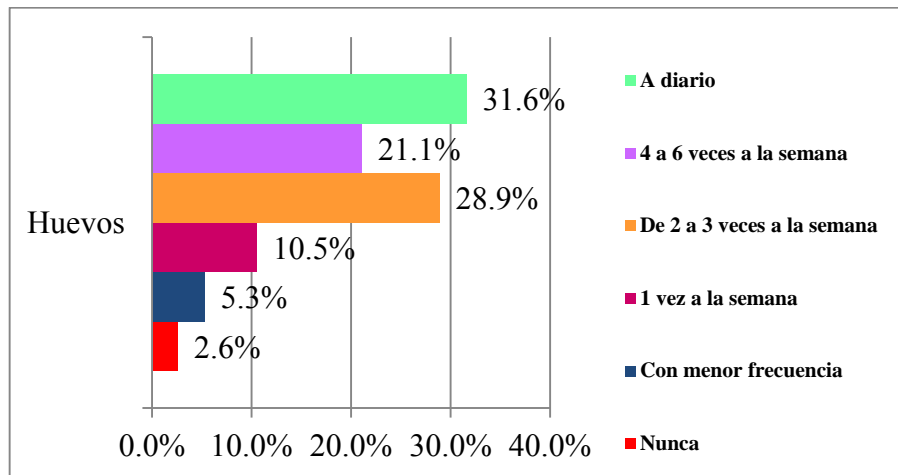
Gráfica No. 18. Consumo de leche y productos lácteos

En lo referente a leche y productos lácteos el 68.4% de los estudiantes que respondieron al cuestionario dijo consumir leche y productos lácteos: “a diario” (34.2%) y “de 4 a 6 veces a la semana” (34.2%). Sin embargo, el 13.2% dicen: no consumirlo “nunca” (2.6%), “con menor frecuencia” (5.3%) o solamente “una vez a la semana” (5.3%), lo que se convierte en un foco de atención al hacer el trabajo de intervención social que se planea emane de este trabajo de investigación.

-Consumo de huevos

Por su alto contenido en colesterol, históricamente se ha relacionado a la ingesta de huevo con un aumento del riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, pero la Fundación Española del Corazón (FEC) pretende modificar esta creencia, en base a los resultados obtenidos por diversos estudios que no solo no han encontrado una relación directa entre su consumo y el aumento de cardiopatías, sino que también señalan que existen numerosos beneficios de este alimento en nuestra salud (Plaza, 2017).

Una investigación elaborada por el Departamento de Educación Física y Deportiva de la Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Granada, ha concluido --tras analizar a 380 adolescentes--, que no existe una asociación entre la ingesta de huevo y el perfil lipídico, la adiposidad, la resistencia a la insulina, la tensión arterial, la capacidad aeróbica o el índice de riesgo cardiovascular en los sujetos estudiados (Plaza, 2017).

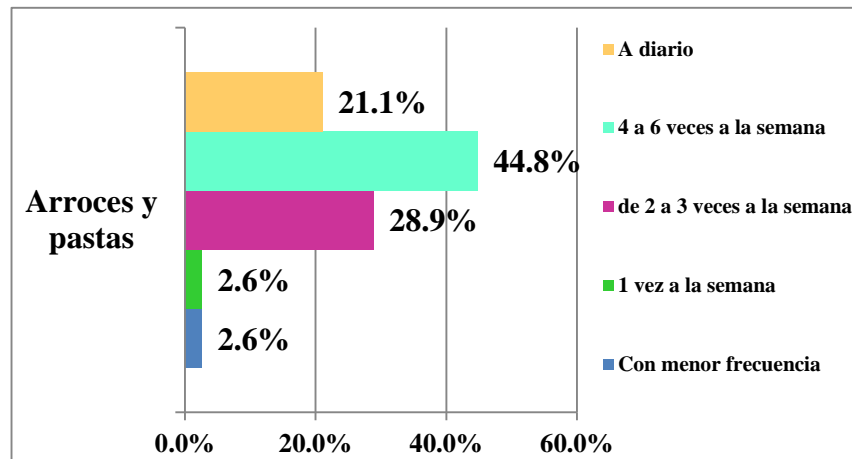


Gráfica No. 19. Consumo de huevo

De acuerdo con la gráfica anterior se puede concluir que, si bien un alto porcentaje de los estudiantes encuestados refiere consumir huevo “a diario” (31.6%) o “de 4 a 6 veces por semana” (21.1%) --lo cual es muy bueno para una alimentación balanceada de los jóvenes--, también se puede constatar que un 18.4% no lo consume cotidianamente al sumar los porcentajes de “nunca”, “con menor frecuencia” o solamente “una vez a la semana”.

-Consumo de arroces y pastas

Tanto la pasta como el arroz son dos de los alimentos de mayor preferencia en México. Ambos proporcionan carbohidratos, pero vienen de dos fuentes distintas y su transformación en glucosa en el cuerpo humano es diferente. Y, aunque a simple vista pareciera que la pasta engorda más que el arroz, la verdad es más profunda, pues el arroz blanco (de mayor consumo en el país), es un alimento tan procesado como la pasta, lo que indica que la moderación es la clave para evitar la obesidad, la diabetes mellitus o cualquier otro trastorno de síndrome metabólico (Jones, 2018).

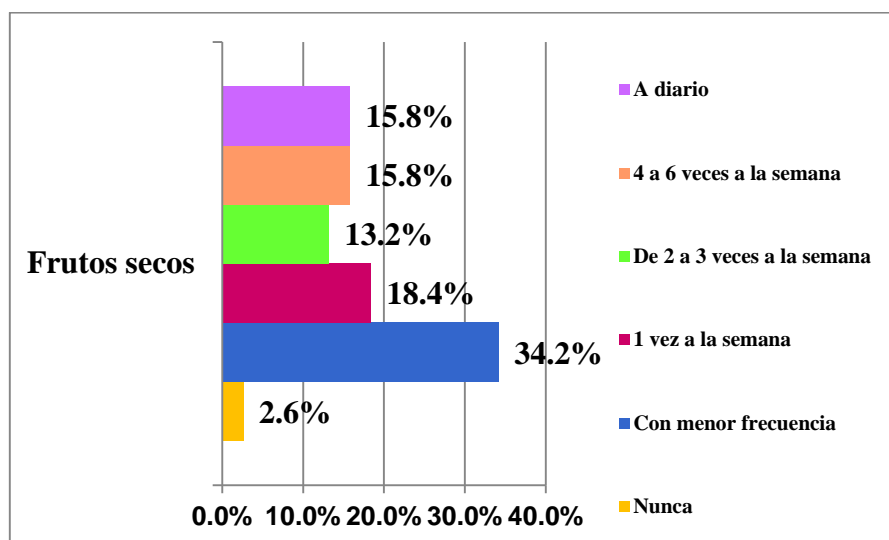


Gráfica No. 20. Consumo de arroces y pastas

Existe una alta ingesta de pastas y arroces entre los estudiantes que contestaron el cuestionario para este estudio, pues el 65.9% lo consume de la siguiente manera: “a diario” (21.2%) o de “4 a 6 veces a la semana” (44.8%).

-Consumo de frutos secos

Uno de los alimentos más saludables que existen son los frutos secos. **Consumirlos de forma regular ayuda**, entre otras cosas, **a prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares**, a mejorar el aparato circulatorio, son alimentos energéticos que aportan proteínas, vitaminas, minerales y grasas buenas (González, 2008).



Gráfica No. 21. Consumo de frutos secos

El consumo de estos frutos no es muy popular entre los estudiantes encuestados, pues más de la mitad (55.2%): o “nunca” los consume (2.6%), lo hace “con menor frecuencia” (34.2%), o solamente los come “una vez a la semana” (18.4%). Si bien existe un 15.8% que los consume “a diario”, o “de 4 a 6 veces a la semana” (15.8%), el porcentaje es lo correspondiente a una menor parte.

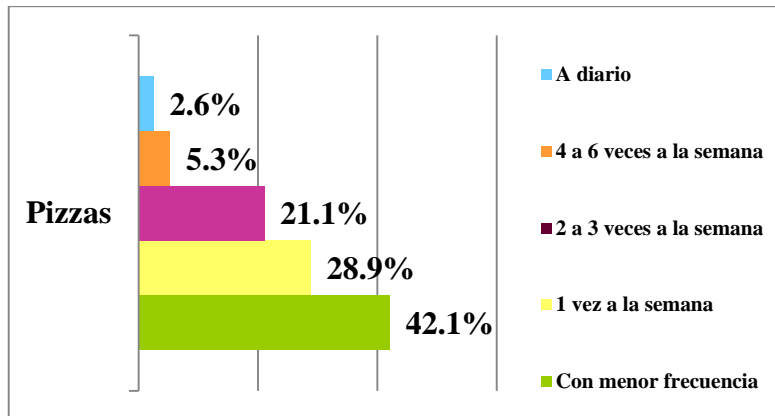
-Alimentos Hipercalóricos

Si bien, no todos los alimentos hipercalóricos son dañinos, por el enfoque de este estudio es pertinente mencionar los “alimentos Chatarra”, los cuales son comestibles pobres en nutrientes, con un alto contenido de azúcar, grasa y sodio (Backhauss, 2019). Ejemplo de ello, los son las papas fritas, los refrescos, golosinas, pasteles, helados, algunas comidas rápidas, como hamburguesas, pizzas, hot dogs, etc.

¿Por qué a los seres humanos *–principalmente a los niños y jóvenes–*, les gustan estos alimentos que potencialmente hacen más daño que aquellos que nutren mejor, y la gente que acostumbra a consumirlos cotidianamente no puede dejar de comerlos? Su ingesta hace que el cerebro libere una sustancia llamada dopamina, la cual genera en el organismo una sensación de bienestar, placer y saciedad. Por eso cuando una persona está estresada, enojada o ansiosa se le antojan (Backhauss, 2019).

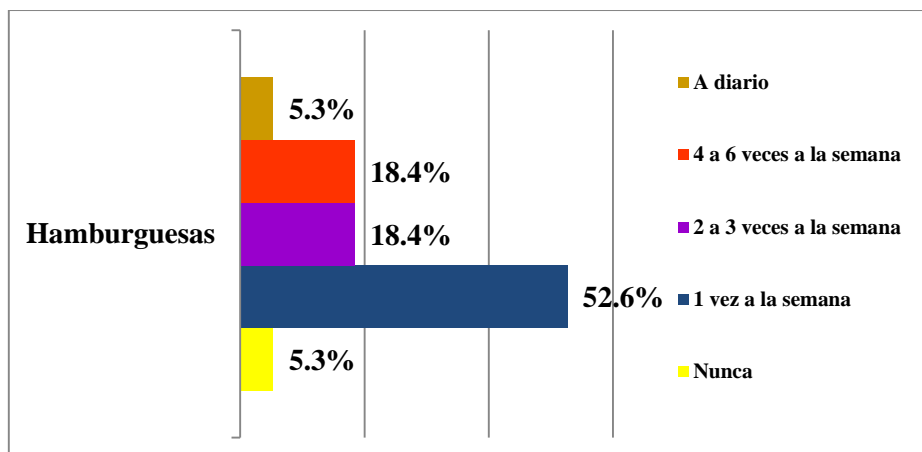
De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto de Investigación de Florida, ingerir cotidianamente comida rica en calorías y grasas genera una adicción similar al que causan la cocaína y heroína. Para demostrar esto hicieron un experimento con ratas, a un grupo le dieron alimentos bajos en calorías y altos en nutrientes, mientras al otro lo alimentaron con tocino, salchichas y pastel. Los roedores del segundo grupo desarrollaron hábitos alimentarios compulsivos y se pusieron obesos. Además, no sólo desarrollaron tolerancia al placer que les generaba dicha alimentación, sino que necesitaron comer cada vez más para desencadenar la misma sensación (Backhauss, 2019).

-Alimentos Hipercalóricos: consumo de pizzas, hamburguesas, pan, pasteles, dulces y aperitivos.



Gráfica No. 22. Consumo de pizzas

El consumo de pizzas no parece alarmante entre la población de estudio, pues el 42.1% las consume con menor frecuencia. Sin embargo, sí se concentran los porcentajes de quien las come “a diario”, “4 o 6 veces a la semana” y “2 a 3 veces a la semana”, el porcentaje es de 29%. La pizza, si bien puede comerse como un antojo, no es propiamente un alimento que deba comerse a diario, ni varias veces a la semana, pues está compuesta por harina y sal, el queso se unta en la pizza y se le agrega grasa saturada (Grupta y Basurto, 2010).

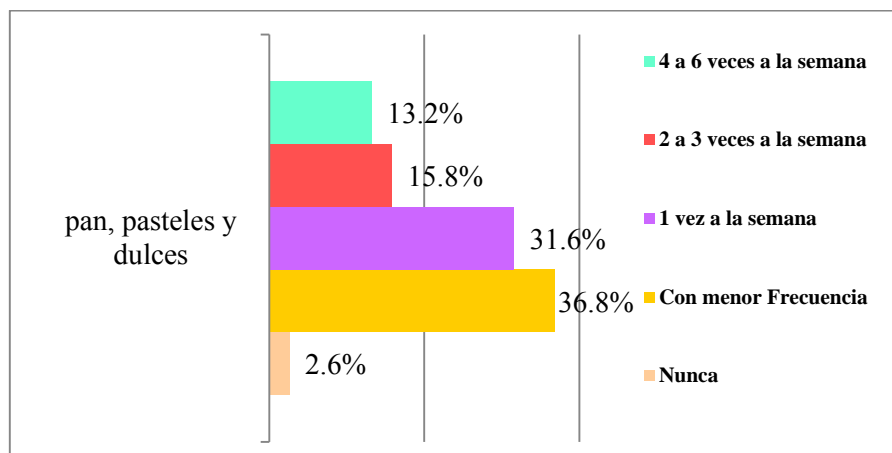


Gráfica No. 23. Consumo de hamburguesas

Comer muchas hamburguesas puede producir obesidad y aumento del colesterol (Serrano-Ríos, 2009), de esta forma, una hamburguesa de cualquier conocida cadena de “fast food” no solo es hipercalórica, sino que también contiene un elevado porcentaje de grasas saturadas

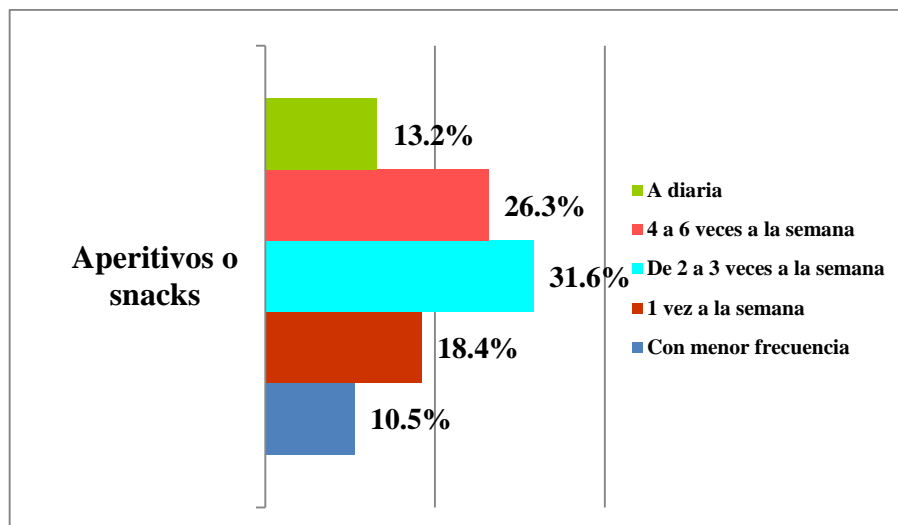
y grasas trans, que no resultan saludables. Según Grupta y Basurto (2010) las hamburguesas son dañinas especialmente porque están hechas de harina blanca, sal, aceite o grasa para dorarlas.

Si bien el 52.6% de los estudiantes que contestaron la encuesta dijeron comer hamburguesas solamente “1 vez a la semana”; es importante enfocar la atención en quien dice comerlas “a diario” (5.3%), “4 o 6 veces a la semana” (18.4%), o “2 o 3 veces a la semana” (18.4%), pues el porcentaje asciende a un 42.1%.



Gráfica No. 24. Consumo de pan de dulce, pasteles y dulces

El consumo de pan, pasteles y dulces en México si bien, forma parte de la cultura y una rica tradición en la materia, debe hacerse con prudencia y privilegiando ante todo la salud de las personas. El 36.8% de los estudiantes refiere comer estos alimentos “con menor frecuencia”, pero hay que poner atención en el 13.2% que manifiesta hacerlo “de 4 a 6 veces a la semana”.



Gráfica No. 25. Consumo de aperitivos o snacks

El 100% de los jóvenes universitarios encuestados dicen consumir aperitivos o snacks, lo cual es entendible por la edad; sin embargo, se debe centrar la atención en la frecuencia de consumo. El 13.2% dice comerlo “a diario”, el 26.3% “de 4 a 6 veces a la semana” y el 31.6% “de 2 a 3 veces por semana”, lo que sumando representa un 71.1%. ¿por qué se debe analizar?:

Porque los snacks que venden en las cafeterías o tienditas de la esquina por lo regular contienen altas cantidades de edulcorantes, conservantes, saborizantes, sal e ingredientes atractivos, como chocolate, cacahuets, etc... Pueden ser horneados, fritos, cubiertos de chocolate, además de contar con aromas y sabores como mantequilla, barbacoa, jamón, ketchup o queso. Los gusanitos están compuestos fundamentalmente de harina o sémola de cereales o tubérculos (maíz, trigo, en su mayoría transgénicos) y grasa (aceite de semillas, grasa vegetal o grasa vegetal hidrogenada) acompañados de agua, sal y aditivos (colorantes, saborizantes y conservantes). La grasa de estos snacks, es la menos saludable, pues la grasa vegetal hidrogenada, aumenta la presencia de grasas saturadas, menos saludables que las insaturadas. Su consumo excesivo eleva los niveles de colesterol malo que se deposita en las arterias coronarias, aumentando el riesgo de cardiopatía coronaria (Herrán, Del Castillo y Fonseca, 2015).

Conclusiones y Recomendaciones

Los estudiantes universitarios representan un grupo social en riesgo desde el punto de vista nutricional, ya que a menudo mantienen estilos de vida y hábitos nutricionales inapropiados, como se puede verificar en este estudio: en lo referente al actual estado de salud, un buen porcentaje de encuestados –representado por el 44.7%–, lo perciben como regular o malo y, una cuarta parte de la población refiere tener sobrepeso identificando que las razones son por la mala alimentación y la falta de actividad física. Siendo personas muy jóvenes, estos datos se deben tomar en cuenta para hacer un análisis profundo de las causas de esa percepción, y estar en condiciones de planear y realizar una buena intervención educativa en el área de salud.

En forma general en el estudio de los hábitos alimentarios de los estudiantes de la licenciatura se obtuvo que: menos de la cuarta parte consumen verduras y hortalizas a diario y que la ingesta de legumbres, pescado y frutos secos es muy baja. Existe un alto consumo de embutidos y alimentos “chatarra” que son pobres en nutrientes, con un contenido de azúcar, grasa y sodio perjudicial para la salud. Lo cierto es que, a pesar de las advertencias, estos alimentos son cada vez más comunes en la dieta de los estudiantes y parece difícil detener su consumo.

Sin embargo, los jóvenes universitarios deben tomar conciencia de la importancia de la alimentación y detectar aquellos hábitos poco saludables e incrementar el consumo de alimentos frescos y naturales, dejando a los embutidos y los snacks para ocasiones eventuales y no para la dieta cotidiana. Si no se hace, no se logrará la formación integral que se pretende lograr en la Universidad, enfocada al autocuidado de la salud y la promoción de contextos salutogénicos, promoviendo hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de enfermedades, en pro de una cualificación de la calidad de vida. Aunque parezca difícil, solo es cuestión de priorizar la salud y probar de realizar las típicas comidas que llevan embutidos con otros alimentos, tales como sándwiches, empanadas, pizzas, etc., reemplazando a los fiambres por carnes magras y agregando muchas verduras a dichos menús.

Un paso importante sería que las cafeterías que están en las instalaciones educativas cuenten con menús saludables que puedan ofrecer a los estudiantes para evitar que recurran a los alimentos “chatarra” o hipercalóricos.

A estas edades 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.

Referencias Bibliográficas:

- Backhauss, M. (2019). La comida chatarra es adictiva. *¿Cómo ves? Revista de divulgación de la ciencia de la UNAM.* (138). Recuperado de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/rafagas/138>
- Barnhill y Taylor. (2000). *Sí crees que tienes trastornos de la alimentación.* España: Robinbook.
- Benarroch, A., Pérez, S. y Perales, J. (2011). Factores que influyen en las conductas alimentarias de los adolescentes: aplicación y validación de un instrumento diagnóstico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(3), 1219-1244.
- Cáceres, M., Gamboa-Delgado, E. y Velasco, S. (2018). Satisfacción de estudiantes universitarios frente a un servicio de alimentación institucional y sus factores asociados. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 38(3), 93-103.
- Calle, M. (2018). La carne blanca, una aliada para la alimentación saludable. *Fundación Española del Corazón.* Recuperado de <https://fundaciondelcorazon.com/participa-en-la-fundacion/corazon-y-salud.html>
- Delgado-Andrade, C., Olías, R., Jiménez-López, J.C. y Clemente, A. (2016). Aspectos de las legumbres nutricionales y beneficiosos para la salud humana. *Arbor*, 192(779). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2016.779n3003>
- Egoavil, S y Yataco, A. (2017). *Hábitos Alimentario, Crecimiento y Desarrollo de niños de 3 -5 años que asisten a la I. E.* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/857/Habitos_EgoavilMendez_Shirley.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2011). *Derecho a la alimentación en la Constitución Mexicana: FAO y ONU-DH celebran la aprobación del*

- derecho a la alimentación en la Constitución Mexicana*. Recuperado de http://www.infoagro.com/noticias/2011/5/17994_derecho_alimentacion_constitucion_mexicana.asp
- García, S. (2018). *Leche y productos lácteos necesarios en la adolescencia*. Recuperado de <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/2018/02/15/leche-productos-lacteos-necesarios-adolescencia-161408.html>
- González, M. (2008). Frutos secos. Análisis de sus beneficios para la salud. *Revista Elsevier* 27(5),100-109.
- Grupta, M. y Basurto, J. (2010). *Alimentos que están matándote: lenta, pero de forma regular*. San Diego, Estos Unidos: EDBE.
- Herrán, O., Del Castillo, S. y Fonseca, Z. (2015). Consumo de bocadillos y exceso de peso en niños colombianos. *Revista Centro de Investigaciones Epidemiológicas*, 43(3), 224. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182015000300001&script=sci_abstract&tlng=es
- Jones, J. (2018). Pasta o arroz, cuál de estos alimentos engorda más. *El Universal*. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/menu/pasta-o-arroz-cual-de-estos-alimentos-engorda-mas>
- Krauss, R. (2017) Cuáles son los efectos de los embutidos en la salud. *Misiones on line*. Recuperado de <https://misionesonline.net/2017/09/07/cuales-los-efectos-del-consumo-embutidos-la-salud/>
- López, J. (2008). *Nutrición y salud para todos*. México: Editorial Trillas.
- Mallada, M. (2013). *La importancia del consumo de pescado*. Recuperado de <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/171-la-importancia-del-consumo-de-pescado/>
- 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.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional Thomson Editores.
- OMS. Organización Mundial de la salud. (2016). *La Comisión para acabar con la obesidad infantil insta a adoptar medidas de alto nivel para hacer frente a un importante problema sanitario*. Recuperado de <https://www.who.int/end-childhood-obesity/news/launch-final-report/es/>.
- Plaza, L. (2017) No es necesario restringir el consumo de huevos en la dieta de personas sanas. Salud y Corazón de la Fundación Española del Corazón. Recuperado de <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2627-no-es-necesario-restringir-consumo-de-huevos-en-dieta-de-personas-sana.html>
- 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>
- Segura, E. (1996). *Diabetes*. Barcelona, España: Ultramar.
- Serrano-Ríos, M. (2009). Consumir muchas hamburguesas es dañino para la salud. *El nuevo diario*. Recuperado de <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/54407-consumir-muchas-hamburguesas-es-danino-salud/>
- Villalobos, E. (1996). *Educación familiar: un valor permanente*. México: Trillas.

Plan de Alta en Pacientes Postoperatorios de Cirugía Cardíaca

Ma. Guadalupe Interrial Guzmán¹⁶⁷

María Guadalupe Moreno Monsiváis¹⁶⁸

Jaime Alberto Ortiz Garza¹⁶⁹

Leticia Vázquez Arreola¹⁷⁰

Resumen

Introducción: Actualmente el sector salud pretende garantizar la seguridad en todos los procesos de atención, uno prioritario es el alta del paciente; momento crucial para su preparación en los cuidados que debe seguir en el hogar de tal forma que se eviten las readmisiones hospitalarias. El plan de alta es una estrategia desarrollada por el profesional de enfermería con el propósito fundamental de brindar herramientas al paciente acerca de los cuidados en el hogar asociados a su padecimiento de salud. Esta estrategia se debe aplicar en todos los pacientes; sin embargo, los postoperatorios de cirugía cardíaca adquieren relevancia por padecer un problema de salud complejo y presentar una herida quirúrgica. El Institute for Health Metrics and Evaluation (2019) reporta que las enfermedades cardíacas son la primera causa de muerte a nivel mundial con 15.9%, en México son el principal motivo de defunciones con 14.2% y en Nuevo León 17.7% del total de decesos se asocian a estos padecimientos.

Discusión Teórica: El alta hospitalaria se divide en cuatro pasos: determinación de necesidades del paciente al alta, desarrollo del alta, implementación de educación y evaluación del conocimiento del paciente. La literatura reporta que todo usuario tiene derecho a recibir información oportuna previo al alta hospitalaria; se señala que se debe tener mayor sensibilidad en determinados grupos en los cuales se identifica un cuidado más complejo tras su alta hospitalaria, como los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca. El plan de alta debe facilitar la transición al hogar para el autocuidado; se requiere que el usuario se empodere como un paciente comprometido con su cuidado, con mayor corresponsabilidad,

¹⁶⁷ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. mginterrial@hotmail.com

¹⁶⁸ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. mgmoreno@hotmail.com

¹⁶⁹ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. jaime_ortiz18@hotmail.com

¹⁷⁰ Instituto Mexicano de Seguridad Social. levazque23@hotmail.com

consciente de que su autocuidado es elemental para la mejora y recuperación de la salud a fin de favorecer la disminución de reingresos hospitalarios, que se traducen en reducción de los altos costos de atención médica.

Palabras clave: Plan de alta, Salud, Alta de paciente.

Introducción

Actualmente la calidad se ha vuelto una moda en todos los procesos de atención. Cada día son más las organizaciones que se someten a procesos de evaluación para constatar que cumplen con sus metas planteadas. El área de la salud ha incursionado en la certificación de hospitales. Las instituciones de salud se preocupan por la seguridad en todos los procesos de atención, uno de los prioritarios es el alta del paciente, momento crucial para su preparación en los cuidados que debe seguir en el hogar de tal forma que se eviten las readmisiones hospitalarias (Tixtha, Alba, Córdoba & Campos, 2014).

El plan de alta es una estrategia desarrollada por el profesional de enfermería con el propósito fundamental de brindar herramientas al paciente acerca de los cuidados en el hogar asociados a su padecimiento de salud. Esta estrategia se debe aplicar en todos los pacientes; sin embargo, los postoperatorios de cirugía cardíaca adquieren relevancia por padecer un problema de salud complejo y presentar una herida quirúrgica. El Institute for Health Metrics and Evaluation (2019) reporta que las enfermedades cardíacas son la primera causa de muerte a nivel mundial con 15.9%, en México son el principal motivo de defunciones con 14.2% y en Nuevo León 17.7% del total de decesos se asocian a estos padecimientos.

Al respecto, Vázquez, Ibarrola, Beortegui, Oroviogicoechea, Lizarraga, Flores et al. (2012) argumentan que el personal de enfermería debe iniciar la preparación para el plan de alta desde que el paciente con enfermedad cardíaca ingresa al hospital hasta el alta a su casa. Este cuidado se considera fundamental porque de él va a depender su recuperación, es importante que Enfermería se asegure de que el paciente comprendió todos sus cuidados para evitar complicaciones.

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 porque se pretende mejorar su calidad de vida para favorecer la reincorporación laboral y social del paciente. Es necesario señalar que los problemas coronarios se presentan en la edad productiva, por lo

cual las repercusiones laborales son trascendentales; hay una gran pérdida económica por incapacidad (Vicente, Vicente, Cuellar & Costa, 2016).

Por lo tanto, los pacientes que son sometidos a cirugía cardíaca deben ser una prioridad en la atención de las instituciones de salud. A nivel mundial las cirugías cardíacas son las que presentan mayor incidencia, en el año 2012 se efectuaron 359 millones de cirugías en todo el mundo (Weiser, Haynes, Molina, Lipsitz, Esquivel, Uribe, et al., 2015). Según la Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2018) en sus países asociados se realizaron 195 mil cirugías de injerto de derivación de la arteria coronaria y angioplastias coronarias transluminales en el año 2016, mientras que en México en el mismo año se reportaron 5125 cirugías del mismo tipo.

Estos datos son importantes de considerar, pues los pacientes que son sometidos a estos procedimientos quirúrgicos requieren múltiples cuidados en el hogar para evitar complicaciones y por ende readmisiones hospitalarias, una de las principales complicaciones corresponde a la infección en la herida quirúrgica. Al respecto, en México la mayor incidencia de infecciones del sitio quirúrgico se relacionan con cirugías de derivación ventricular con 18.4% seguida de cirugía cardíaca con 7.3% (Portillo-Gallo, Miranda-Novales, Rosenthal, Sánchez, Ayala-Gaytan, Ortiz-Juárez et al., 2014).

En este sentido es importante la implementación de un plan de alta que responda a las necesidades de información que requiera el paciente postoperatorio de cirugía cardíaca. Este plan de alta debería ser implementado en todas las instituciones de salud, tanto del ámbito público como del privado. Se requiere que el paciente comprenda los cuidados que debe llevar en el hogar para evitar complicaciones.

El plan de alta debe estar estandarizado, sin embargo, es esencial tratar de personalizarlo al considerar las características sociodemográficas y necesidades individuales de cada paciente. Esto permitirá una mejor comprensión por parte del paciente. Morris, Deierhoi, Richman, Altom, y Hawn (2014), señalan que éstas características repercuten en una mayor posibilidad de complicaciones relacionadas al proceso quirúrgico al alta del paciente; destaca la vejez, los bajos ingresos y estudios académicos escasos; así mismo, argumenta que son factores de riesgo por comorbilidades los problemas crónico degenerativos; las estadias cortas o largas, además afirma que una deficiente educación al alta hospitalaria es un factor para el no apego a las recomendaciones brindadas por el personal

de salud, esto trae consigo problemas potenciales de salud, que se relacionan con reingresos hospitalarios, los cuales ocupan un aumento en la prevalencia del 31.7% a 34%, a causa de egresos con alta no planificada.

Por lo cual en el presente trabajo se plantea la necesidad de hacer una revisión de la literatura en torno a la temática para contar con fundamentos y bases teóricas que permitan diseñar un plan de alta en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca acorde a sus necesidades de información y a sus características sociodemográficas para elevar la calidad de atención, disminuir complicaciones y readmisiones hospitalaria; así mismo, para que facilite la recuperación del paciente, porque se pretende mejorar su calidad de vida para favorecer la reincorporación laboral y social del paciente.

Antecedentes

Muchas instituciones de salud han estado desarrollando diferentes planes de alta para sus pacientes de acuerdo a diagnósticos específicos. Hasta el momento no se ha logrado contar con un plan de alta estandarizado para los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca en todas las instituciones de salud. Diversos organismos como el Consejo de Salubridad General (2018) y la Joint Commission International (JCI, 2016) promueven la implementación de planes de alta; además, afirman que es elemental el personal de enfermería participe activamente en este proceso de atención. Este profesional de salud es de suma importancia porque son los atienden al paciente las 24 horas del día los 365 días del año, por lo tanto, pueden iniciar el plan de alta, aunque el paciente aún esté hospitalizado ya que al momento de hacer los cuidados que tendrá que realizar en su hogar la Enfermera le puede ir enseñando al respecto, estas acciones serán clave para favorecer la recuperación oportuna y evitar complicaciones.

En las instituciones de salud es común ver la falta de implementación de un plan de alta en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca tal como lo señalan las directrices nacionales e internacionales. Algunas instituciones cuentan con un plan de alta e incluso como evidencia el paciente firma que recibió la orientación, pero no se realiza tal como debiera. Esto desencadena la presencia de complicaciones e incluso se alarga el tiempo de recuperación y la causa raíz con un cúmulo de dudas por parte del paciente, que van desde

aspectos muy sencillos como cuidados más específicos para cada uno de acuerdo a su condición clínica.

Como puede observarse, la falta de educación al paciente postoperatorio de cirugía cardíaca es la causa principal de los reingresos hospitalarios que ocurren dentro de las primeras 48 horas posteriores al alta y al término de la primera semana, por lo cual se recomienda estandarizar un plan de alta en este grupo de pacientes. Al respecto Price, Romeiser, Gnerre, Shroyer y Rosengart (2013) y Tixtha et al. (2014) mencionan que la educación establecida en el plan de alta es un aspecto clave en la disminución de reingresos hospitalarios, los cuales se traducen en la reducción de los altos costos de atención médica.

Sin embargo, la literatura reporta estudios específicos de la educación que se ha brindado a los pacientes previo al alta hospitalaria y lamentablemente no se han logrado los resultados planteados. Al respecto, Davoodi, Atashzadeh-Shoorideh, Shiri, Payandeh y Ilkhani (2016); así como Ding, Lin y Gillespie (2017) mencionan que la educación brindada por el profesional en relación al cuidado de la herida postoperatoria de cirugía cardíaca al egreso no ha sido la suficiente, mencionan que de cuatro a seis pacientes no recibieron la información requerida y posteriormente reingresaron por problemas gastrointestinales como constipación, infecciones del sitio quirúrgico, dolor postoperatorio, sangrados y anemia (Tevis y Kennedy, 2014). Si el paciente hubiera sido orientado en cuanto a la alimentación, el cuidado de la herida quirúrgica, el manejo del dolor y de forma general el seguimiento de indicaciones médicas se evita esta problemática.

Por otro lado, es importante considerar la información que requiere el paciente postoperatorio de cirugía cardíaca para su cuidado en el hogar. Estudios realizados en otros países mencionan que la mayoría de los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca que fueron evaluados necesitaban información referente a sus medicamentos, los cuidados de la herida postquirúrgica cardíaca, no sabían que actividades de la vida diaria estaban contraindicadas, no tenían conocimiento para identificar señales de alarma que evidenciaban complicaciones y tristemente desconocían la disponibilidad de los servicios de salud (Alkubati, Al Zaru y Ammouri, 2012; Yilmanz, 2017).

Discusión Teórica

De acuerdo con Bull y Roberts (2001) el alta hospitalaria se divide en cuatro pasos, el primero es la determinación de las necesidades de información del paciente al alta, el segundo paso es el desarrollo del alta seguido de la implementación donde el personal de enfermería educa y da recomendaciones acerca de las necesidades de información identificadas y por último se hace una evaluación del conocimiento del paciente.

En el primer paso determinación de necesidades de información del paciente al alta, es fundamental evaluar el conocimiento previo del paciente. Es prioritario conocer el tiempo de su enfermedad cardiaca, lo referente al manejo de sus medicamentos; se debe saber lo que el paciente conoce respecto a su condición clínica y sus cuidados para considerar éstos aspectos en la educación que se va a dar al paciente. También es relevante identificar si el paciente tiene información errónea o realiza de una forma no adecuada sus cuidados para poder retomar éstos aspectos en el plan de alta.

En el segundo paso, desarrollo del alta es donde el personal de enfermería se acerca al paciente y le confirma que su médico firmó el alta y que debe prepararse para ello. En este paso es esencial que el familiar acuda a farmacia a surtir sus medicamentos y con la Trabajadora Social si requiere algún trámite específico. Además, sería ideal que acuda a realizar las citas que tiene su paciente para que ya tenga todo listo antes de salir del hospital.

El tercer paso es de suma importancia pues en él se realizará la educación al paciente por parte del personal de enfermería. Es relevante dar recomendaciones precisas para su cuidado en el hogar al paciente postoperatorio de cirugía cardiaca; sin embargo, es necesario que la educación sea acorde a las necesidades de información identificadas en el paso uno.

Para concluir con el plan de alta, el último paso es la evaluación del conocimiento del paciente. Para ello se requiere cuestionar al paciente temas específicos de su alimentación, medicación, cuidado de la herida quirúrgica, actividades de la vida diaria permitidas, manejo del dolor, identificación de señales de alarma que evidencien complicaciones, entre otros aspectos pertinentes. En éste paso es crucial indagar todo lo que el paciente debe saber para favorecer un cuidado oportuno, adecuado y preciso que minimice el riesgo de complicaciones y por ende readmisiones hospitalarias.

En la revisión de la literatura se pudo identificar que no hay un plan de alta estandarizado para este grupo de pacientes. Se encontró como recomendación que la

educación brindada al paciente incluya información respecto al uso de medicamentos, manejo del dolor, cuidado de herida quirúrgica, prevención de eventos adversos, mantenimiento de la higiene y visitas de control (Tülin et al., 2014; Veronovici, Lasiuk, Rempel y Norris, 2013).

En diversos estudios se ha abordado el tema de información que requiere el paciente postoperatorio de cirugía cardíaca previo al alta hospitalaria y los resultados versan sobre diferentes aspectos. Al respecto, Yilmaz (2017) argumenta que los pacientes con procedimientos quirúrgicos adultos al alta hospitalaria mencionan que requieren saber sobre su tratamiento y posibles complicaciones; este autor señala que éstas necesidades se presentan más en los pacientes casados.

Por su parte, Mosleh, Eshah y Daraward (2016) identificaron en pacientes de Jordania que habían sido sometidos a una intervención percutánea coronaria o tuvieron una cirugía de corazón abierto que la población masculina tenía mayores necesidades de educación al alta hospitalaria. Entre las necesidades educativas al alta hospitalaria reportan los cuidados de su herida quirúrgica cardíaca, seguido de la medicación y en tercer lugar las complicaciones de la cirugía. En relación con la edad se predijo un mayor nivel de necesidad con respecto a la gestión de factores de riesgo sobre complicaciones de la herida quirúrgica en pacientes jóvenes y en los que no recibieron educación sobre el manejo de la herida.

Así mismo, Omari, Al-Zaru y Al-Yousef (2013) reportan que los pacientes que se sometieron a una cirugía de injerto de derivación coronaria manifestaron necesidades educativas relacionadas al cuidado de la herida, seguido de complicaciones y en tercer lugar sobre información de su medicación. Adicionalmente se encontró que la edad adulta de los participantes se relacionó con la necesidad de educación sobre los factores de riesgo.

Al respecto, Alkubati, Al. Zaru, Khater y Ammouri (2012) reportaron un estudio realizado en Jordania en pacientes postoperados de cirugía de injerto de bypass de arteria coronaria antes del alta hospitalaria. Los autores argumentan que las categorías con mayor importancia para los pacientes al alta hospitalaria son el cuidado de la herida quirúrgica, seguido de la información sobre su medicación y en tercer lugar otro tipo de información pertinente. Adicionalmente se encontró que el sexo masculino es el que presenta mayores necesidades de información al alta hospitalaria, los jóvenes y adultos jóvenes necesitaban

mayor información que los pacientes en edad avanzada. Respecto al nivel de educación de los pacientes los altamente educados reportaron que necesitaban mayor información.

Además, Davoodi et al. (2016) realizaron un estudio en Irán en pacientes postoperados de cirugía cardíaca para auditar la educación del plan de alta en relación al cuidado de la herida y uso de medicamentos. Reportan que la educación de los pacientes al alta hospitalaria sobre el cuidado de su herida era moderada, en relación al conocimiento del uso de medicamentos se encontró educación débil.

Otro estudio es el de Subeh, Salami y Saleh (2014) quienes realizaron un estudio en Jordania con pacientes de cirugía cardíaca después del alta dentro del primer mes. Encontraron que sólo cinco de cada 10 pacientes al alta recibían educación respecto a los cuidados al egreso, en relación a las necesidades de información se encontraron altas necesidades evaluadas de uno a cinco siendo las de mayor predominio el cuidado de heridas, seguido de la información de complicaciones y medicación.

Así mismo, Romanzini, Jesus, Carvalho, Sasaki, Damiano y Gomes (2010) realizaron un estudio con el objetivo de recoger información de los pacientes sobre el autocuidado de las señales y síntomas de infección de la herida después del alta hospitalaria de cirugía cardíaca. Encontraron que más de tres cuartas partes de la población de estudio mencionó no haber recibido educación sobre el tema, en relación con el conocimiento dos de cada 10 mencionaron que si estaban informados.

Cabe señalar que se han realizado estudios de intervención donde evalúan el efecto de brindar una educación estandarizada como parte del plan de alta. Coskun, Senture y Ustunsoz (2018) realizaron un estudio en Turquía con el objetivo de evaluar la efectividad de la educación al alta que se dio a los pacientes que se sometieron a cirugía cardíaca. Se encontró mayor efectividad en los pacientes que se les brindó la información verbal y escrita; así como una explicación más amplia que incrementó el tiempo de la capacitación del paciente. Se enfatizó en el conocimiento sobre su medicación al alta, en el cuidado de la herida quirúrgica y en el manejo del dolor.

Por su parte, Yaman y Bulut (2010) realizaron un estudio cuasiexperimental en Turquía en pacientes que se sometieron a operaciones de reemplazo de válvulas cardíacas. Encontraron que había un mejor efecto en la educación brindada en el plan de alta a los

pacientes cuando a los pacientes se les brindaba la información a través de folleto acerca de los cuidados que debía seguir en el hogar.

Además, Gorji, Abasi, Didehdar y Jannati (2014) realizaron un estudio de tipo ensayo clínico aleatorizado en la India para determinar la efectividad de la educación en el plan de alta sobre el autocuidado en pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria. Al grupo control no se le dio orientación y al educacional se le brindaron cinco sesiones educativas antes del alta hospitalaria. Se encontró que en el grupo educacional los comportamientos de autocuidado de los grupos fueron mayor.

En síntesis, se puede asumir que todos los pacientes postoperados de cirugía cardiaca, usuarios de las diferentes instituciones de salud tienen el derecho a recibir información oportuna previo al alta hospitalaria para prevenir complicaciones y por ende readmisiones hospitalarias. Este grupo de pacientes se considera vulnerable por la naturaleza de su padecimiento, además de que tienen una herida quirúrgica que requiere cuidados específicos.

Este hecho da la pauta para realizar una ardua labor por parte de los profesionales de la salud donde destaca enfermería para establecer y difundir políticas de salud dirigidas a la implementación de un plan de alta estandarizado que favorezca la atención del paciente y le permita tener mayor sensibilidad en la importancia de ejecutar un autocuidado más complejo tras su alta hospitalaria. En este sentido, los pacientes postoperatorios de cirugía cardiaca tendrán una mayor preparación y por lo tanto se les facilitará la transición al hogar realizando un mejor autocuidado; además, se podrá empoderar a los usuarios de las distintas instituciones de salud como pacientes comprometidos con su cuidado, con mayor corresponsabilidad, conscientes de que su autocuidado es elemental para la mejora y recuperación de la salud a fin de favorecer la disminución de reingresos hospitalarios, que se traducen en reducción de los altos costos de atención médica.

Diseño de un plan de alta en pacientes postoperatorios de cirugía cardiaca

La revisión de literatura realizada hasta el momento da la pauta para el diseño de un plan de alta en este grupo de pacientes. Es importante considerar varios aspectos; se deben considerar los recursos humanos y materiales que se requieren; así como el apoyo de las autoridades de alto mando en las diferentes instituciones de salud.

Es fundamental diseñar una capacitación para el personal de enfermería que será el responsable de la implementación del plan de alta en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca. Así mismo, se deben diseñar los materiales didácticos que se van a necesitar para dar la capacitación a los pacientes; así como folletos, trípticos y tarjetas que se otorgarán a los pacientes como una forma de recordatorio del seguimiento de cuidados en su hogar.

Se propone estandarizar el plan de alta de acuerdo a lo señalado por Bull y Roberts (2001) donde argumenta que el alta hospitalaria está constituida por cuatro pasos:

- 1) Determinación de las necesidades de información del paciente al alta.
- 2) Desarrollo del alta.
- 3) Implementación del alta hospitalaria.
- 4) Evaluación del conocimiento del paciente.

Por lo tanto, la propuesta es que en el primer paso la enfermera responsable del paciente realice la determinación de necesidades de información del paciente al alta. Para ello se deberá realizar un cuestionario con preguntas dirigidas a indagar lo que el paciente conoce de su padecimiento, su alimentación, sus medicamentos, su condición clínica y de forma general sus cuidados; además, se harán preguntas que señalen la forma cómo realiza sus cuidados para identificar si lo hace de forma correcta o tiene información errónea. Cabe señalar que todas las necesidades de información identificadas en este paso deberán ser consideradas en la educación que se va a otorgar al paciente en el paso tres.

En relación al segundo paso, desarrollo del alta, se propone que una vez que el médico firma el alta hospitalaria del paciente, el personal de enfermería se acerca al mismo y le confirme que su médico ya lo dio de alta y que debe iniciar sus trámites para ello. Podría considerarse un tríptico que señale las acciones que debe realizar el familiar una vez que dan de alta al paciente para que las realice tal como corresponde. En todas las instituciones de salud el familiar debe acudir a farmacia a surtir sus medicamentos indicados y también debe programar sus citas para la revisión de la herida y el retiro de puntos. En algunas instituciones de salud se debe acudir con la Trabajadora Social para realizar algún trámite específico; a veces los pacientes solicitan traslado a su domicilio o en algunos casos se les hace un descuento en el costo de los gastos de hospitalización acorde a las necesidades económicas del paciente o por convenios establecidos.

El tercer paso es donde se realizará la educación al paciente, la cual debe ser planificada por el personal de enfermería e individualizada para los pacientes; se recomienda realizar desde el ingreso del paciente a la institución de salud; pero se debe de tomar un tiempo previo al alta hospitalaria con una duración de 30 a 60 minutos para que sea efectiva. La propuesta es que el personal de enfermería implemente una intervención educativa estandarizada para que todos los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca reciban la misma información que considere recomendaciones precisas acorde a las necesidades de información identificadas en el paso uno. planificada por las enfermeras e individualizada para los pacientes, además que esta educación se debe de realizar desde el ingreso del mismo a la institución clínica, se reporta que la duración de ésta debe ser de 30 a 60 minutos para que sea efectiva, para evitar el reingreso a la institución y reafirmar los conocimientos en este proceso; los cuales hacen posible que el paciente se empodere en la identificación de signos y síntomas de complicaciones, además de asegurar la reducción de reingresos hospitalarios (Kang, Gillespie, Tobiano, y Chaboye, 2018).

Se deben diseñar manuales que contengan toda la información con muchas imágenes para que el paciente comprenda mejor sus cuidados. El contenido debe incluir información sobre la alimentación permitida y lo que no debe ingerir, los cuidados de la herida quirúrgica, información sobre sus medicamentos, las actividades de la vida diaria que están permitidas durante su recuperación hasta que su herida cicatrice y de acuerdo a su condición clínica, el manejo del dolor relacionado a la herida quirúrgica, la identificación de señales de alarma que evidencien posibles complicaciones, la prevención de eventos adversos, el mantenimiento de la higiene y las visitas de control. Para una mejor comprensión se propone entregar folletos con información precisa respecto a la información brindada al paciente. Así mismo, una tarjeta que pueda llenarse con las recomendaciones específicas del paciente, por ejemplo: los medicamentos con dosis y horarios establecidos, recordatorio de citas de control, exámenes de laboratorio, entre otros cuidados.

Otro aspecto a considerar de acuerdo a lo reportado en la literatura son las características sociodemográficas; respecto al sexo, se reporta que los hombres tienen más dudas y es esencial aclararlas. En relación al estado civil, los casados hacen más preguntas porque también interviene la esposa y los hijos, por lo tanto, se deben atender para que apoyen a su paciente en su cuidado. En cuanto a la edad y al nivel educativo, los pacientes jóvenes y

los de edad avanzada; así como los que reportan mayor educación tienen más necesidades de información y se debe responder ante ello.

Se propone que la información que brinde el personal de enfermería sea verbal y escrita; considerando una amplia explicación en la capacitación del paciente. Por lo tanto, es fundamental la entrega de folletos informativos y una tarjeta que señale los medicamentos y cuidados que el paciente postoperatorio de cirugía cardíaca debe seguir en el hogar. Con esta intervención se busca lograr un comportamiento de autocuidado que favorezca una mejor recuperación del paciente.

En el paso cuatro que es el último del plan de alta y corresponde a la evaluación del conocimiento del paciente, se propone diseñar un cuestionario que incluya todos los aspectos que se dieron en la educación. Es necesario que se revise el cuestionario para que en el caso de que se tengan respuestas incorrectas aún se pueda retomar con el paciente para garantizar que comprendió todos sus cuidados. Además, sería bueno incorporar este cuidado de enfermería referente a la implementación del plan de alta en la evaluación de la satisfacción del paciente con la atención de enfermería.

Conclusiones

En la revisión de la literatura se pudo identificar que no hay un plan de alta estandarizado para los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca. Es prioritario que en todas las instituciones de salud tanto del sector público como del privado establezcan y difundan políticas de salud dirigidas a la implementación de un plan de alta estandarizado que favorezca la atención de este grupo de pacientes y les permita ser más sensibles en la importancia de ejecutar un autocuidado más complejo tras su alta hospitalaria.

Se propone implementar un plan de alta estandarizado acorde a las necesidades de información y a las características sociodemográficas de los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca. Este plan considera otorgar una educación verbal y escrita planificada por el personal de enfermería e individualizada para los pacientes que se brindará previo al alta hospitalaria con una duración de 30 a 60 minutos. Incluye la utilización de manuales, trípticos, folletos y tarjetas con información sobre alimentación, cuidados de la herida quirúrgica, uso de medicamentos, actividades de la vida diaria permitidas, manejo del dolor,

identificación de señales de alarma que evidencien complicaciones, prevención de eventos adversos, mantenimiento de la higiene y visitas de control.

Con este plan de alta específico para los pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca se pretende respetar el derecho de todo usuario del sistema de salud a recibir información oportuna y precisa previo al alta hospitalaria. La finalidad es facilitar la transición del paciente a su hogar con conocimientos que le permitan empoderarse como un paciente comprometido con su cuidado, con mayor corresponsabilidad, consciente de que su autocuidado es elemental para su recuperación a fin de favorecer la disminución de complicaciones y de reingresos hospitalarios, que se traducen en la reducción de los altos costos de atención médica.

Referencias Bibliográficas

- Alkubati, S. A., Al-Zaru, I. M., Khater, W. & Ammouri, A. A. (2012). Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 930–938.
- Bull, M. & Robert J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal Advance Nursing*, 35: 571-81.
- Consejo de Salubridad General, Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales (2018). Recuperado de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/3aEdicion-EstandaresHospital2015_SE.pdf.
- Coskun, H., Senture, C. & Ustunsoz, A. (2018). The effectiveness of discharge training for patients after cardiac surgery. *Rehabilitation Nursing*, 43(2), 95–102.
- Davoodi F., Atashzadeh-Shoorideh F., Shiri H., Payandeh A. & Ilkhani M. (2016) Auditing of discharge education to coronary angiography patients. *Critical Care Nursing Journal*; 9(3), e8079.
- Ding, S., Lin, F. & Gillespie, B. M. (2017). Surgical wound assessment and documentation of nurses: An integrative review. *Journal of Wound Care*, 25(5), 232–240.
- Gorji, H., Abasi, B., Didehdar, M. & Jannati, Y. (2014). Effectiveness of discharging plan on self-care behaviors of patients after coronary artery bypass surgery. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 4(1): 364-370.
- Kang, E., Gillespie, B. M., Tobiano, G. & Chaboyer, W. (2018). Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 1–13.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Global burden disease compare. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- Joint Commission International (2016). *The Joint Commission Journal on quality and patient safety*. Recuperado de https://www.jcrinc.com/the-joint-commission-journal-on-quality-and-patient-safety/?_ga=2.85409625.1172745660.1548274615-78487638.1548274615

- Morris, M. S., Deierhoi, R. J., Richman, J. S., Altom, L. K. & Hawn, M. T. (2014). The relationship between timing of surgical complications and hospital readmission. *Journal of the American Medical Association Surgery*, 149(4), 348.
- Mosleh, S. M., Eshah, N. F. & Darawad, M. (2016). Percutaneous coronary intervention and heart surgery learning needs of patients in Jordan. *International Nursing Review*, 63(4), 562–571.
- Omari, F., Al-Zaru, I. & AL-Yousef, R. H. (2013). Perceived learning needs of Syrian patients postcoronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1708–1717.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2018) Cardiac procedures, in health at a glance 2015:OECD indicators. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2018/cardiac-procedures_health_glance-2015-35-en
- Portillo-Gallo, J. H., Miranda-Novales, M. G., Rosenthal, V. D., Sánchez, M., Ayala-Gaytan, J. J., Ortiz-Juárez, V. R. & Zamudio-Lugo, I. (2014). Surgical site infection rates in four Mexican cities: Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Journal of Infection and Public Health*, 7(6), 465–471.
- Price, J. D., Romeiser, J. L., Gnerre, J. M., Shroyer, A. L. W. & Rosengart, T. K. (2013). Risk Analysis for Readmission after Coronary Artery Bypass Surgery: Developing a Strategy to Reduce Readmissions. *Journal of the American College of Surgeons*, 216(3), 412–419.
- Romanzini, A., Jesus, A., Carvalho, E., Sasaki, V.D.M., Damiano, V.B. Gomes, J.J. (2010). Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *Revista Mineira Enfermagem* (2):239-43.
- Subeh, M., Salami, I. & Saleh, M. (2014) Most frequent and severe symptoms and learning needs among CABG patient. *International Journal of Nursing* 1(2),167-182.
- Tevis, S. E. & Kennedy, G. D. (2014). Postoperative complications and implications on patient-centered outcomes. *Journal of Surgical Research*, 181(1), 106–113.

- Tixtha, E., Alba, A., Cordoba, A & Campos, E. (2014) El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista Enfermería Neurológica* 13(1): 12-18.
- Tulin, Y., Selami, G., Özcan, G., Cüneyt, U., Sonay, G. & Yüzel, O. (2014). Effect of estandar versus patient-targeted in-patient education on patients' anxiety about self-care after discharge from cardiovascular surgery clinics. *Cardiovascular Journal of Africa* 25 (6)259-263.
- Vázquez, M., Ibarrola, S., Beortegui E., Oroviogicoechea, C., Lizarraga, Y., Flores, A. & Fernández, E. (2012). Elaboración de un folleto de autoayuda para pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Enfermería en Cardiología* XIX(55-56):22-26.
- Veronovici, N. R., Lasiuk, G. C., Rempel, G. R. & Norris, C. M. (2013). Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 22–31.
- Vicente, B., Vicente, E., Cuellar, T. & Costa, M. (2016). Cardiopatía isquémica e incapacidad laboral en pacientes atendidos en la consulta de medicina interna de la comisión de peritaje médico. *Revista Finlay*, 6(1), 21-31.
- Yaman Y. & Bulut H. (2010). Evaluation of discharge training given to patients who have undergone heart valve replacement. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 18(4), 277-283
- Yilmaz, M. (2017). Learning needs of adult patients surgery. *Cumhuriyet Medical Journal*, 39 (1), 402-411.
- Weiser, T., Haynes, A., Molina, G., Lipsitz, R., Esquivel, M., Uribe, T., Azad, T., Chao, T., Berry, W. & Gawnde, A. (2015). Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet*, 385.

Salud mental y análisis de la desesperanza y experiencia como factores de riesgo relacionados al suicidio

Mayra Chávez Martínez¹⁷¹

Jana Petrzelová Mazacová¹⁷²

Kathia Lizeth Méndez Martínez¹⁷³

Resumen.

A lo largo de la historia, el suicidio se ha manifestado como una osadía contra la existencia humana, presentando un impacto en la sociedad. Las diversas culturas que han existido sobre la tierra han presentado consideraciones diversas y disímiles, debido que no han sido constantes ni estáticas; más bien, han tenido como rasgos característicos su evolución y su dinamismo que, en algunos casos, su visión se torna positiva, mientras que otras no lo ven así.

El suicidio, o bien, el acto de quitarse la vida, se han venido investigando desde hace un tiempo y, sin embargo, su incidencia continúa en incremento. Se asume por el conjunto social la existencia de este problema, pero se desconocen los motivos por los cuales una persona llega a quitarse la vida. Esto ha resultado como factor motivacional para realizar investigaciones con mayor profundidad sobre el mismo.

En la investigación presentada a continuación se tomó como fundamento la Teoría Interpersonal del Suicidio, utilizando las escalas: Desesperanza y Experiencias. Se utilizó una muestra de 180 personas pertenecientes a escuelas de educación media y media superior; 46.29% eran mujeres y un 53.70% eran hombres. Se aplicó una prueba χ^2 de Pearson a las escalas anteriormente comentadas, en las cuales se tomó en consideración la distribución obtenida a partir del sexo y edad.

En los resultados se encontró que los intentos de suicidio sin propósito de quitarse la vida, en su mayoría, eran realizados por mujeres (66.7%), asimismo, son las más factibles en

¹⁷¹ Universidad Autónoma de Coahuila, mayra8767@hotmail.com

¹⁷² Universidad Autónoma de Coahuila, jana_checa@yahoo.com.mx

¹⁷³ Universidad Autónoma de Coahuila, kathia_martinez@uadec.edu.mx

recibir apoyo emocional (76.9%). A su vez, los participantes de 10-14 años tuvieron su primer intento a los 13 años; mismos que actualmente presentan ideas suicidas

Es entonces que las necesidades y experiencias determinan la probabilidad de que un intento de suicidio se lleve a cabo.

Palabras clave: suicidio, desesperanza, experiencias

Introducción.

En la época actual el suicidio es un acto que se practica con mucha frecuencia, sin embargo, esta acción se comenzó a establecer dentro de las conductas humanas desde ya hace varios siglos. Su recorrido por la historia no ha hecho más que convertirlo en algo de lo que todos hemos escuchado desde ya hace mucho tiempo. Así mismo, es importante hacer referencia a que, si bien, el suicidio ha sido parte de las conductas humanas durante diferentes tiempos históricos, la percepción que se tiene respecto a él ha sido sumamente diversa. Los diferentes puntos de vista y los diversos tipos de culturas lo han llegado a denominar como un honor y muestra de lealtad, hasta verlo de manera contraria, como una vergüenza y un sacrilegio.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud establece que “el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años” (OMS, 2018, p.1). Esta afirmación es por demás alarmante, por ese motivo las investigaciones con respecto a esta temática cada vez se vuelven más frecuentes.

Una de las problemáticas que más llama la atención de la gente es que el suicidio no solo sigue siendo común dentro población, sino que, además, con el paso de los años, los índices de incidencia se vuelven más altos. Así mismo, los rangos de edad de las personas que deciden quitarse la vida son un tema que provoca dudas acerca de las malas decisiones y la posible falta de recursos que contribuyan a la prevención de este acto.

La complejidad del suicidio radica en que no solo existe un factor que lo provoca, al contrario, son una gran variedad de ellos los que trabajan en conjunto y dan como resultado

las ideaciones suicidas hasta llegar a la consumación del acto. Estos pueden derivarse de componentes genéticos, culturales, educacionales, sociales, ambientales, entre otros.

Debido a la gravedad de la situación actual es que esta investigación dio inicio, así mismo, se tomó la decisión de utilizar como sustento teórico la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005), debido a las características y la estructura que se explica en ella, así como los conceptos que ésta plantea. La búsqueda de la prevención seguirá en pie y, por lo tanto, el encontrar información de interés respecto al tema servirá de ayuda para las futuras investigaciones o diseños de programas que tengan como propósito la prevención y disminución de este acto.

Antecedentes.

El tema del suicidio no es considerado ajeno o desconocido, más bien, en la actualidad ha ido en constante aumento y se ha obtenido mayor información acerca de éste. Se manifiesta en los constructos que se han derivado del mismo; venganza, delito, acto de pertenencia, factor de alegría, muestra de lealtad, inclusive actos de fuerzas oscuras.

Anteriormente, el suicidio era considerado como una acción, más que un simple evento de venganza o infamia, se le brindaba a la persona que lo realizaba una manifestación de honor, puesto que se consideraba un acto de valentía y fortaleza; contextualizando lo anterior en la Antigua Roma y Antigua Grecia.

A su vez, en Asia, el suicidio mantenía una estrecha relación de 'honradez', el cual se exhibía a manera de rituales que contenían procesos peculiares de las mismas tribus con el objetivo de consumir la muerte y que ésta, a su vez, representara insignia de respeto y honor por la sociedad; asimismo, se representaba como fidelidad o amistad.

Por el contrario, en África, el suicidio era considerado negativamente, dando pauta a establecer una visión nada similar a las anteriores, sino que en dicho lugar era relacionada con entes malignos, y esto a su vez inculcaba miedo en la misma sociedad, incluso resultaba dificultoso estar en contacto con el organismo de los individuos sin vida.

En Mesoamérica, por su parte, específicamente en las culturas provenientes de los mayas, representaban el suicidio con una figura de divinidad llamada *Ixtab*. Dicha reina poseía un significado relevante para la sociedad, lo que conllevaba a que los individuos

realizaran el acto de suicidio con el objetivo de ser protegidos por la misma, siendo esto parte de la ideología del “Honor a morir así”.

Dentro de la religión cristiana existió una disciplina que puntualizaba al acto de quitarse la vida como una falta y/o infracción a la iglesia, a pesar de que dentro de las escrituras se redactaban sacrilegios relacionados con la divinidad, a la iglesia le parecía pertinente vincularlo con una situación imperdonable; lo que traía consigo consecuencias destacando como principal el no obtener la vida eterna. La sociedad se hacía participe dentro de este proceso debido a que, a pesar de que se les brindaba a los muertos la opción de ser enterrados, decidían degradarlos públicamente. De esta manera, se consiguió tornar dicho concepto como un sinónimo de delito.

Fuera del común, algunas culturas antiguas tomaban el suicidio desde una visión positiva; en otras palabras, lo consideraban pertinente, puesto que las personas de la tercera edad y/o personas que presentaran alguna enfermedad terminal tenían la creencia que el suicidio era la mejor decisión; tomando como punto de partida el análisis a futuro sobre sus necesidades. Es decir, debido a su estado de salud se volverían dependientes a algún individuo y su productividad reduciría, por lo tanto, el suicidio resultaba pertinente.

Este acto puede ser analizado desde diferentes enfoques, ya sea filosófico, religioso, cultural, sociológico o cultural.

Se reconoce que, en la actualidad, se le ha permitido sin ser condenado para lograr comprenderlo. Se sabe que el suicidio se vincula con un conjunto de factores, los cuales orillan a que un individuo decida culminar con su vida; pero debido a la facilidad resulta pertinente efectuar y profundizar en investigaciones referentes al tema, ya que con esto se concluirían estrategias y formas de prevención.

Justificación.

El suicidio se ha convertido en un ejercicio de mucha regularidad dentro de la humanidad. Este problema no solo se ha conservado con el pasar de los años, sino que, lamentablemente, se ha ido incrementando. Este hecho y su frecuente incidencia han provocado que la comunidad investigadora le preste atención y busque la manera posible de detenerlo o de que las estadísticas disminuyan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) dio a conocer que un total de 800,000 personas se quitan la vida alrededor del mundo en el transcurso de un año.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) publicó información referente a México. Ahí informa que a lo largo del año 2016 se suicidaron un total de 6,291 personas. Señala que, de esos casos, 80% eran hombres.

En el estado de Coahuila, durante el año 2017 se registraron un total de 71 suicidios, de los cuales la mayoría tenía edades entre los 15 y los 20 años. Nuevamente fueron más los casos de varones que se quitaron la vida (Instituto Municipal de Planeación de Saltillo, 2018).

En vista de estos datos, y siendo conscientes de que las estadísticas ascienden año con año, es pertinente prestar aún más atención al tema del suicidio y, de esa manera, encontrar factores que ayuden a disminuir su prevalencia.

Marco Teórico.

- Teoría Interpersonal del Suicidio

La investigación actual se funda bajo la Teoría Interpersonal del Suicidio, la cual fue fundada por el Dr. Thomas Joiner (2005), en la que se menciona que la aparición del suicidio requiere de una combinación de diversos factores de carácter interpersonal, es decir, no únicamente influye un factor de riesgo, sino que existe un conjunto de ellos, que se presentan de manera sincrónica.

Los autores Joiner y Van Orden (2008) instituyen tres factores prudentes que conllevan a la persona a tomar la decisión de terminar con su vida, los cuales se mencionan a continuación:

1. Capacidad adquirida, es decir, la destreza para cometer lesiones a sí mismo.
2. La apreciación de cada individuo sobre la ideología de representar una obligación para alguien que se encuentre a su alrededor.
3. Un limitado nivel de pertenencia en sus esferas, ya sea familiar o grupos en los que se desarrolla, como el trabajo o la escuela.

Resulta relevante resaltar que los factores no trabajan individualmente, sino que la teoría y sus fundadores establecen que los componentes se correlacionan de manera que provocan

que el individuo culmine con su vida. De la misma manera, se reitera que los factores no solo deben concurrir, deben externarse continuamente en la vida del individuo para obtener como resultado la muerte (Smith & Cukrowicz, 2010).

Es posible que estos componentes se subdividan en otros, por lo que resulta pertinente enfocarse únicamente en ocho factores, los cuales son considerados como significativos y relevantes para que se lleve a cabo un suicidio hasta su etapa de consumación; dichos factores son los presentados a continuación:

- Desesperanza: visión negativa que tiene una persona de sí misma, de otros e incluso del entorno (Rudd, et al. 2006).
- Necesidades Interpersonales: apoyo externo con el cual un individuo puede sobrellevar dificultades con mayor facilidad, siendo los más comunes la familia y amigos (Casullo, 2006).
- Capacidad Adquirida: que hace referencia a la capacidad física y mental de un individuo de auto lesionarse (Chiurliza & Joiner, 2018).
- Experiencias: referentes a las diversas vivencias que hacen aparición durante el ciclo vital a través del propio contexto del sujeto, pudiendo este ser social, histórico o cultural (Casullo, 2005).
- Gaudibilidad: de acuerdo con Padrós-Blázquez y Herrera-Huzmán (2012, 2), la gaudibilidad se refiere a “moduladores del hedonismo que experimenta cada individuo (o potencialidad para experimentar sensaciones gratificantes). De modo que si una persona tiene elevados niveles de gaudibilidad ello lo predispone a disfrutar frecuentemente, con alta intensidad”.
- Impulsividad: “es un rasgo de personalidad complejo caracterizado por una elevada tendencia a actuar sin pensar, incapacidad para planear actividades futuras y disminución de la capacidad de concentración” (Orozco-Cabal, Barratt & Buccello, 2007, p.110).

- Recursos: considerados como propiedades que varían en los individuos y que sirven como una ayuda al momento de superar situaciones (Rivera Heredia & Andrade Palos, 2006).
- Eventos causales de dolor: “experiencia universal que afecta a toda la población en algún momento de su vida. La experiencia del dolor se haya modelado por una interacción recíproca y dinámica entre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que modelan la experiencia del dolor” (Olivares & Cruzado, 2008, 323).

Se decidió seleccionar únicamente dos factores para el presente reporte debido a que son considerados factores de riesgo con mayor importancia: Experiencias y Capacidad adquirida. Estos factores resultaran de gran ayuda para comprender el comportamiento suicida.

- **Desesperanza**

Uno de los componentes de mayor importancia dentro del pensamiento, ideación y acto suicida es la desesperanza. Esta misma se ve estrechamente relacionada con sentimientos o creencias de fracaso personal. Estas situaciones, como consecuencia, afectan el futuro de las personas, provocando que lo vean como algo desagradable y nada llevadero. La visión de sí mismos, así como del entorno, se convierte en algo complicado de asimilar y de desear. Es por estos motivos que la desesperanza se considera una escala de vital importancia y, de igual forma, funge como un indicador de posibles intentos de suicidio o deseos de muerte.

Autores como García-Alandete, Gallego-Pérez & Pérez-Delgado (2009) describen que la desesperanza tiene un vínculo significativo con la visión negativa acerca del sentido de vida de las personas que la experimentan. Por lo tanto, establecen que si una persona experimenta la convergencia de estas situaciones se genera una posibilidad, entre moderada y alta, de llegar a cometer suicidio. Esta diferencia es muy notoria entre las personas que no presentan desesperanza, debido a que estas personas experimentan emociones contrarias, el auto concepto y su sentido de vida no se ven afectados, al menos por este factor. Ellos comentan que estas personas, por su parte, tienen una muy baja probabilidad de cometer

suicidio. Finalmente, deciden comentar que factores como el sexo y la edad no representan una diferencia significativa entre los resultados que obtuvieron.

Beck, Weissman, Lester & Trexle (1974) han encontrado que hay una relación de gran importancia entre la desesperanza y la presencia de depresión. Esta se puede llegar a medir con ayuda de la Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale-HS), la cual nos sirve para identificar factores que se vinculan con la desesperanza a nivel general. Al hacer uso de este instrumento se puede comprender si el malestar que un individuo es de tipo afectivo, cognitivo o motivacional, de igual forma se identifica el papel que estas afecciones tendrían o la ponderación dentro de la posibilidad de intentos suicidas o de la culminación del acto en sí.

Debido a este tipo de estudios y de análisis es que se ha llegado a determinar que la desesperanza es un factor de riesgo y, por ende, de gran importancia al manifestarse en la vida de las personas.

Por otro lado, en la investigación realizada por Quintanilla Montoya, Haro Jiménez, Flores Villavillencio, Celis de la Rosa & Valencia Abundiz (2003, p,35), se determinó que, dentro de los factores que se pueden detectar con respecto a la desesperanza y que anteriormente fueron mencionados, el aspecto de las cogniciones es el que representa una importancia mayor, debido a que “el motivacional y, sobre todo, el cognitivo se asocian más a pensamientos que a sentimientos”.

Hall & Platt (1999) descubrieron que a pesar de los tantos factores que, al trabajar en conjunto, provocan un suicidio, tales como la presencia de ansiedad severa, la dificultad para dormir, el abuso de sustancias y las conductas que son impulsivas, la depresión y los componentes que se añan a este problema, significan un componente que causa un gran impacto al hacer abordaje en cuanto a temáticas suicidas. De tal manera, se establece que la desesperanza es, por mucho, uno de los factores de más valor dentro del tema.

Dentro de la población adolescente, la muestra de sintomatología depresiva y la presencia de desesperanza son características que marcan una vital importancia en cuanto se refiere a la posibilidad de deseos de muerte, lo cual conduce al comportamiento suicida. Como consecuente, la búsqueda del correcto manejo de las emociones funge como un factor protector y preventivo. La nivelación de la tristeza facilita la superación de las dificultades y proporciona una visión más optimista con respecto a las experiencias que la vida trae consigo

(Hermosillo-De la torre, Vacio Muro, Méndez-Sánchez, Palacios Salas & Sahagún Padilla, 2015).

Se vuelve importante destacar que, si bien, el suicidio se puede ver causado por una gran cantidad de variables, estas posibles variables también tienen determinadas subdivisiones. De esa forma es que trabaja la desesperanza, puesto que, al hacer su aparición, muy comúnmente se ve acompañada de depresión. Sin embargo, la depresión por sí sola también trae a su lado componentes dañinos para la persona que la vive; entre los que se pueden señalar la posibilidad de consumo de sustancias, como alcohol y drogas ilícitas; la insatisfacción de necesidades consideradas como básicas; el desempleo y los malestares que éste puede provocar; la violencia dentro de la familia o fuera de ella; el acoso escolar, entre otros (Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013). De esta forma podemos ver que la aparición de dificultades y problemáticas para la supervivencia y la estabilidad emocional se presentan a modo de bola de nieve, provocando cada vez más y más difícil sobrellevar la existencia misma.

Un estudio realizado por Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges (1998) concluyó que la desesperanza mantiene una íntima relación con la presencia de ideación suicida. Esto se expresa como una correlación positiva, debido a que, a mayor desesperanza, mayor presencia de ideación suicida. En el caso de estos autores, se comenta que la relación entre estos dos factores se debe a componentes cognitivos de los individuos. Más específicamente, se refieren a la rigidez a nivel de las cogniciones que se da en las personas; comúnmente las personas con conducta o ideaciones suicidas tienden a manifestarla. Ellos expresan que las personas con pensamientos suicidas tienen una gran dificultad para encontrar alternativas positivas ante la presencia de problemáticas emocionales.

Datos proporcionados por Calvete, Villardón, Estévez & Espina (2007) señalan que, encontraron que hay una diferencia de resultados entre los hombres y mujeres en cuanto a la desesperanza. Las mujeres demostraron mayor valor ante aspectos relacionados con ésta. Se señala que ellas atribuyeron respuestas globales en cuanto a los acontecimientos que son negativos y una visión más deplorable del auto concepto. Esto se relaciona con una mayor tendencia por parte de las mujeres a padecer depresión.

Crovi (2002) decide hablar de la desesperanza en un contexto más social. Él hace alusión a la sociedad en la que vive un individuo, de las condiciones de la zona que habita, de la pobreza y lo que ésta trae consigo. La presencia de avances tecnológicos y de intereses políticos y económicos que hacen que la vida de la población se deba adaptar a estas condiciones. Este análisis hace que el panorama que se refiere a la desesperanza se perciba cada vez más amplio, así mismo, la comprensión de los componentes psicológicos que se ven afectados por estímulos ambientales pueden ser entendidos de manera más profunda.

Briceño-León (1999), al igual que el autor anterior, hace referencia a las características y posibilidades de vida de los individuos. Este autor señala a la pobreza y los bajos recursos para salir adelante como factores que provocan que las expectativas de vida que tiene una persona manifiesten un decrecimiento. Dentro de estos componentes, se habla de la importancia de la educación, la cual, al vivir en condiciones de pobreza, se imposibilita y genera aún menos posibilidades de crecimiento. Como consecuencia se presenta “un gran esfuerzo por aumentar las ansias de un consumo que no se puede satisfacer, y de un ascenso social que no puede garantizarse, y con esto lo que se ha logrado es una carga de desesperanza y frustración” (Briceño-León, 1999, p.129).

Por estos motivos, y probablemente por otros más, la desesperanza debe mirarse como un factor importante y con un gran significado dentro de la mentalidad y de la actividad de personas con tendencias suicidas.

- Experiencias

De acuerdo con Smith, Cukrowicz, Poindexter, Hobson & Cohen (2010), cuando las memorias que un individuo tiene acerca de sus propias experiencias son consideradas como particularmente dolorosas, se consideran, a manera individual, como algo más allá de lo negativo. Debido a esto, así como a las problemáticas y los traumatismos a nivel psicológico que puede causar, es que las experiencias son un factor significativo en cuanto al suicidio se refiere. Los recuerdos dolorosos, al no afrontarse de manera adecuada, pueden dar inicio a pensamientos suicidas e intentos de suicidio.

Dentro de esta escala, así como de la mentalidad de los individuos con ideación suicida, la soledad se vive como una experiencia poco agradable. Esto se percibe de tal forma, debido a que las personas que lo experimentan lo interpretan como una falla por parte del apoyo externo. De ese modo, tanto la familia como los amigos no se ven como personas que puedan proporcionar alivio ni ayuda. Como resultado, la soledad no solo se vuelve desagradable, sino que se convierte en algo simplemente indeseable. Así es que la percepción de ella se tiende a transformar en algo que incluso se hace doloroso (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2016). Estos mismos autores comentan las consecuencias de una acumulación de experiencias negativas a lo largo de la vida de las personas. Las vivencias lastimosas se vuelven un factor de notable significado, puesto que “la tentativa suicida podría entenderse como un punto de saturación, un umbral que al cruzarlo desencadenaba el intento suicida” (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2016, p.96).

Ghatavi, Nicolson, MacDonald, Osher & Levitt (2002) establecen que al haber presencia de experiencias vergonzosas se genera una huella en las personas que no cuentan con muchos recursos de afrontamiento. Igualmente, complementan este hecho con la posibilidad de que se establezcan sentimientos de culpa. Al manifestarse este tipo de experiencias y las emociones desagradables, se puede dar origen a una depresión, la cual funge como un factor riesgoso y que puede desarrollar deseos de muerte y actos suicidas.

Los investigadores Casullo & Scheinsohn (2006) concluyeron que cuando una persona tiene experiencias previas de consumo de sustancias y diagnósticos de trastornos de personalidad o trastornos psicóticos se convierten en componentes que pueden originar ideas suicidas o comportamientos desadaptados, un claro ejemplo de ellos es la sobre ingesta de medicamentos, la cual se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

La importancia de esta información es muy grande, ya que día a día la gente manifiesta intentos de suicidio. Sobre todo, aquella parte de la población que ha sido diagnosticada con algún trastorno, esto se debe a que se genera una falta de control en el modo de respuesta, ya sea emocional o física, de aquellas personas que lo viven.

Villar Rojas, Olivares Delgado, López Santana, Delgado Matos, & Laugart Wilson (2015, pp.750-751) comentan que las experiencias conflictivas que más pueden llegar a perturbar a los adolescentes son “el miedo a equivocarse, no tener amigos de su edad, que los demás se burlan de él, falta de concentración en los estudios, soledad, tristeza,

sentimientos de inferioridad, bajo rendimiento académico y que sus profesores no lo prefieren”. Estos factores, al trabajar de manera conjunta, provocan un impacto significativo en la memoria de los individuos. Así mismo, originan un deterioro a la interpretación positiva que una persona se puede llegar a otorgar. En el caso de los adolescentes, quienes son altamente volubles y que otorgan mucha importancia a las críticas externas, estas situaciones se vuelven en extremo importantes.

El vínculo que se experimenta entre las experiencias y los recursos de índole interpersonal es grande, y los resultados que puede generar son buenos, pero también malos, dependiendo de la forma en que se experimenten. Casullo (2006, p.177), comenta que “experiencias traumáticas como los abandonos, las pérdidas o la dependencia afectiva excesiva convierten al apego en disfuncional”.

De este modo, podemos decir que los vínculos interpersonales que se desarrollan de manera saludable funcionan como un factor protector. Ahora bien, es necesario que los individuos en general no generen una dependencia de las personas que les ayudan a sobrellevar sus dificultades pues, si bien, funcionan como un soporte, son solo eso, y no son indispensables para que un individuo pueda afrontar sus conflictos.

Por otra parte, Casullo (2005, p.178), menciona que “la muerte de un familiar muy querido precipita la aparición de comportamientos suicidas, así como las experiencias que incluyen crisis económico-financieras de mucha importancia o sentirse muy rechazado o marginado por otros”, pronunciando como factores de riesgo este tipo de experiencias. Sin embargo, al ser conscientes de que muchas de estas experiencias no son algo que se pueda evitar, el afrontamiento de situaciones de conflicto y de los recursos internos de una persona se vuelven factores de protección.

Objetivo.

Detectar la percepción sobre el suicidio en la población saltillense a través de las escalas: desesperanza y experiencias a nivel interpersonal.

Metodología.

Diseño:

Estudio exploratorio, cuantitativo, con alcance descriptivo y correlacional

Participantes:

Se encuestó a 180 personas con una media de edad de 15.37 (DS 2.18) con criterios de inclusión: ser adolescentes de secundaria o preparatoria, contando con consentimiento informado firmado.

Instrumento:

Para la recopilación de datos de la presente investigación se usó una batería de escalas de la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio. Este instrumento está conformado por 8 secciones, siendo estas: Capacidad adquirida, Necesidades Interpersonales, Eventos casuales de dolor, Los Recursos, Impulsividad, Desesperanza, Gaudibilidad y Experiencias. En el presente reporte se presentan los resultados de las escalas: Desesperanza y Experiencias

El total de reactivos por responder es de 157 y los datos sociodemográficos que se solicitan son los siguientes: edad, grado escolar, con quien vives, sexo y cuantos hermanos tienes.

Procedimiento:

El instrumento fue aplicado de manera colectiva en las aulas donde estudian los participantes. Las escalas fueron de auto reporte y, en la primera página del instrumento, se presentó un aviso de confidencialidad donde se informa el resguardo de los resultados, de igual manera, se vio especificado que los datos personales del participante no serán exhibidos en ningún momento. Finalmente, el instrumento contiene un apartado de declaración de consentimiento, el cual es firmado por el sujeto voluntario.

Análisis de los datos:

Se aplicó una Prueba X^2 de Pearson a las escalas de Desesperanza y Experiencias; considerando la distribución obtenida a partir del sexo, grado escolar, edad, tipo de familia y

número de hermanos de los participantes, todo ello, con el propósito de observar la diferencia entre los mismos bajo distintos parámetros.

Aspectos éticos:

Después de obtener el permiso con las autoridades correspondientes, el cuestionario se aplicó a los estudiantes, una vez firmada la declaración de consentimiento informado.

Resultados:

Se registró con más frecuencia la edad de 15-19 años de edad (52.8%), seguido de 10-14 años (36.7), colocando en última instancia la edad de 20-24 años (4.4%).

Con referencia al sexo, se obtuvo que el 48.3% de la población encuestada pertenecía a las mujeres, mientras que el 48.2% correspondía a los hombres.

Respecto al grado escolar que cursan actualmente, el 16.1% mencionó estar en segundo de secundaria, mismo porcentaje a los de tercero de secundaria (16.1%). A su vez, el 15.6% pertenecía a la población de primero de secundaria. Sin embargo, el 13.3% manifestó cursar primer semestre de preparatoria, mismo porcentaje para los de cuarto semestre (13.3%). Únicamente el 6.7% indicó cursar preparatoria abierta.

De los participantes, el 80% mencionó vivir con su familia nuclear, el 9.4% con familia monoparental y solo el 2.2% con su familia extensa. Cabe destacar que el 54.4% de la población señaló tener de 2 a 3 hermanos, mientras que el 21.1% un hermano, seguido de 4 o más (11.1%). Solo el 5.6% manifestó ser hijo único.

Respecto a la Tabla 1, que hace referencia a la afirmación “En el futuro, pienso triunfar en aquellas cosas que me interesan”, los participantes pertenecientes a la edad de 10-14 años vislumbran tener menos expectativas en cuanto a su futuro, esto puede relacionarse con la etapa de desarrollo que cursan en la actualidad, ya que un niño puede presentar una mínima preocupación por su futuro; a su vez la etapa de la pubertad es una etapa de transición de la niñez a convertirse en adolescente, por lo que la esperanza se encuentra en un nivel bajo.

Por el contrario, los adolescentes de edad 15-19 años, mencionaron estar de acuerdo con la afirmación (55.8%), si lo vinculamos con su etapa actual de desarrollo, son jóvenes adultos, los cuales ya cursaron su etapa de adolescencia, lo que conlleva a tener más ideación sobre el futuro, y a establecerse metas.

Tabla 1.
Escala Desesperanza.
“En el futuro, pienso triunfar en aquellas cosas que me interesan”

	Falso	Verdadero	No contesto	Sig.
10-14 años	40%	39.5%	0%	
15-19 años	55%	55.8%	0%	
20-24 años	5%	4.8%	0%	
Total	100%			.812

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la Tabla 2, la cual alude a la afirmación “No me puedo imaginar que será de mi vida dentro de 10 años”, la población mayoritaria referente a los hombres mencionó que están de acuerdo con la misma, esto puede ser debido a que los hombres suelen caracterizarse por ser indecisos, se preocupan por vivir únicamente el presente, y a su vez, el proceso de maduración de los hombres es más lento que el de una mujer. No obstante, no se podría descartar la idea de que exista cierto miedo al fracaso.

Por lo que esta sería una situación alarmante, ya que, dentro de la misma investigación se encontró que los hombres son quienes más consuman un evento de suicidio, mientras que las mujeres realizan intentos sin el deseo de morir.

Por el contrario, el 55.7% de las mujeres encuestadas mencionaron no estar de acuerdo con la afirmación, esto se puede deber al contexto sociocultural, el cual se encarga de crear “expectativas” o “ideologías”, por lo que una mujer puede vislumbrarse contrayendo matrimonio, casándose, teniendo hijos, etc.

Tabla 2.
Escala Desesperanza.
“No me puedo imaginar que será de mi vida dentro de 10 años”

	Falso	Verdadero	No contesto	Sig.
Hombre	44.3%	50.6%	0%	
Mujer	55.7%	49.4%%	0%	
Total	100%			.191

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la Tabla 3, en la cual se reflejan las respuestas a la cuestión “¿Qué tan seguro/a pensaste que sería tu muerte?”, el 85.7% de los participantes con 10-14 años realizaron el intento con la consciencia de que sabían que no iban a morir. Sin embargo, el 50% de los sujetos de 15-19 años mencionaron que su muerte fue probable. Dentro de la misma investigación se encontró que los chicos pertenecientes a la pubertad-adolescencia lo habían intentado cortándose, mientras que los adolescentes-jóvenes habían consumido algún medicamento.

Por lo que se puede inferir que los púberes tenían consciencia de que no podían morir, pero por la misma transición de la etapa, su inmadurez cognitiva les dificulta la elaboración de un plan y su ejecución.

Sin embargo, los adolescente-jóvenes eran conscientes de la probabilidad de consumir el suicidio, lo cual quiere decir que lo deseaban, se puede inferir que su fuerza del yo se encuentra débil en esta etapa (adolescencia), debido a que es una etapa de cambios drásticos, y el relacionarlos con su autoestima y su estructura cognitiva, así como las expectativas de la sociedad, representa para ellos una “salida” a la presión social. A su vez, en la actualidad se podría vincular aún más con la vida virtual, ya que es un mundo que cuenta con contenido accesible para cumplir con la ideación suicida, un ejemplo son las redes de apoyo de dudosa procedencia, etc.

De la misma manera, se conoce que los adolescentes cuentan con una capacidad de resolución de problemas deficiente, además de la influencia de la desesperanza, lo que torna aún más vulnerable la ideación suicida.

Tabla 3.
Escala Experiencias.

“¿Qué tan seguro/a pensaste que sería tu muerte?”

	Seguro/a sabía que moriría	Posible, No sabía si viviría o moriría	Imposible, sabía que no moriría	Sig.
10-14 años	66.7%	50%	85.7%%	
15-19 años	33.3%	50%	14.3%%	
20-24 años	0%	0%	0%	
Total	100%	100%		.169

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la Tabla 4, referente al cuestionamiento “¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño a propósito de quitarte la vida?”, se obtuvo que los hombres habían realizado su primer intento a la edad de 8-10 años (50%), mientras que el 73.3% de las mujeres mencionaron realizarlo a la edad de 11-13 años.

Se puede inferir que los hombres presentan inmadurez emocional y, por lo tanto, una mayor necesidad de afecto; mientras que en las mujeres su proceso de maduración suele ser más pronto. Por lo que la ideación suicida correspondería a la etapa de desarrollo, en este caso es la adolescencia, debido a la transición de los cambios mayormente notorios, y la presencia de las expectativas de la sociedad en torno a las mujeres.

Tabla 4.
Escala Experiencias.

“¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño a propósito de quitarte la vida?”

	Edad			Total	Sig.
	8-10	11-13	14-16		
Hombre	50%	26.7%	33.3%	100%	
Mujer	50%	73.3%	66.7%	100%	
					.402

Fuente: Elaboración propia.

Conclusión.

A partir de los resultados que los participantes contribuyeron a obtener en función de sus experiencias, fue posible destacar la importancia de las escalas que se han venido mencionando a lo largo de este escrito.

Las primeras tablas en las cuales se analizó la variable Desesperanza en función del sexo y edad de los participantes nos permiten vislumbrar que los hombres presentan dificultades para visualizarse en un futuro medianamente cercano, muestran interés por triunfar en sus intereses, lo cual se complementa con la ideación que manifiestan de que esperaban ser más felices que lo que actualmente son, y esperaban tener más cosas buenas que malas.

Sin embargo, dichas afirmaciones pueden representar, hasta cierto punto, un signo alarmante debido a que los hombres tienen una capacidad mínima de resiliencia y, por lo tanto, temen al fracaso; por lo que les resulta más conveniente enfocarse en el presente. Como se sabe, el ocuparse en el presente y no vislumbra el futuro aumenta la probabilidad de consumación de suicidio.

En cuanto a los resultados obtenidos de la variable Experiencias, misma que también se analizó en función del sexo y de la edad de los participantes, se obtuvo que la edad en la cual iniciaron sus intentos de suicidio variaba por sexo, los hombres por su parte manifestaron que en la edad de la pubertad, mientras que las mujeres mencionaron haberla realizado en la etapa de la adolescencia.

Lo anterior se relaciona con la rigidez cognitiva, debido a que los hombres son más susceptibles a la necesidad de atención, vinculándolo con la etapa que cursaban en ese momento, se resume que no se tenía la capacidad para consumir un suicidio, es decir, contar con un plan o estrategia. De la misma manera la fuerza del yo en esa etapa se vuelve más vulnerable.

En cambio, las mujeres realizaban su intento en la adolescencia, pudiendo inferir que se debía a los cambios que presentan debido a la misma etapa, su estructura cognitiva es vulnerable, debido al cambio de no pertenecer al núcleo familiar pero tampoco permanecer

en un grupo social. A su vez, la etapa de la adolescencia en si es un factor que se relaciona con la ideación suicida, debido a presencia de la comorbilidad, ya sea con trastornos del estado de ánimo o el iniciar a consumir algún tipo de sustancia toxica.

Es interesante conocer que los hombres son quienes consuman un suicidio con más facilidad, pero son los que menos reciben apoyo emocional, mientras que las mujeres no buscan consumir un suicidio, pero son las que más rápido obtienen redes de apoyo. No obstante, vincularlo con las etapas de desarrollo y el contexto cultural nos permite comprender los factores de riesgo para que aumente la probabilidad de una ideación suicida.

Se torna preocupante el hecho de que actualmente somos una sociedad que se rige bajo la tecnología, por lo que es necesario indagar más sobre la temática, investigar acerca de qué tanta influencia tienen las redes sociales, los videojuegos y de qué manera se puede contribuir a disminuir una influencia negativa de su parte. Asimismo, aprender a detectar cuando fungir como redes de apoyo, ya que dentro de la misma investigación se mencionaba que los sujetos habían recurrido a pedir ayuda primeramente a sus familiares, pero no habían recibido atención por un especialista (terapeuta), lo cual resultaría pertinente, pero debido al estigma que aún se presenta sobre los psicólogos en la sociedad, se dificulta que se llegue a llevar a cabo dicha acción.

Referencias Bibliográficas:

- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. doi: 10.1037/h0037562
- Briceño-León, R. (1999). Violencia y desesperanza. *Nueva Sociedad*, 164, 122-132. 129
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., & Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 13(2-3), 215-227.
- Casullo, M. M. & Scheinsohn, M. (2006). Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 29-48.
- _____ (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, 12, 173-182. 177, 178
- Chiurliza, B. & Joiner, T. (2018). The Influence of Acetaminophen and Observational Conditioning on the Acquired Capability for Suicide. *Behavior therapy*, 49(5), 681-690.
- Crovi Druetta, D. (2002). Sociedad de la información y el conocimiento. Entre el optimismo y la desesperanza. *Revista Mexicana de Ciencias políticas y sociales*, 45(185), 13-33.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., Osher, S. & Levitt, A. (2002). Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 68(3), 307-315.
- Hall, R. C. W. & Platt, D. E. (1999). Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts: Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care, *Psychosomatics*, 40(1), 18-27.

- Hermosillo-De la Torre, A., Vacio Muro, M., Méndez-Sánchez, C., Palacios Salas, P. & Sahagún Padilla, M. (2015). Sintomatología depresiva, desesperanza y recursos psicológicos: una relación con la tentativa de suicidio en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, 25(2), 52-56.
- Instituto Municipal de Planeación de Saltillo (2018). *Análisis sociodemográfico y espacial del suicidio en Saltillo*. Recuperado de http://www.implansaltillo.mx/analisis_suicidio_saltillo.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía –INEGI- (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Jiménez-Ornelas, R. & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229.
- Joiner, T. E. & Van Orden, K. (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 80-89.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27.
- Olivares, M. E. & Cruzado, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-341. 323
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2018). *Suicidio*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide_parr.1
- Orozco-Cabal, L. F., Barratt, E. S. & Buccello, R. R. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 109-126. 110

- Padrós-Blázquez, F., Herrera-Huzmán, I. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Gaudibilidad en una población mexicana. *Evaluar*, 12(1), 1- 20. 2
- Quintanilla Montoya, R., Haro Jiménez, L., Flores Villavicencio, M., Celis de la Rosa, A. & Valencia Abundiz, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 5(2), 35-58. 35
- Rendón-Quintero, E. & Rodríguez-Gómez, R. (2016). Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 92-100.
- Rivera Heredia, M. E. & Andrade Palos, P. (2006) Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, (8)2, 23-40
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. & Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Smith, P. N. & Cukrowicz, K. C. (2010). Capable of suicide: a functional model of the acquired capability component of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 40(3), 266-75.
- _____ Cukrowicz, K. C., Poindexter, E. K., Hobson, V. & Cohen, L. M. (2010). The acquired capability for suicide: A comparison of suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depression and Anxiety*, 27(9), 871-877. doi:10.1002/da.20701
- Villar Rojas, Y., Olivares Delgado, L., López Santana, Y., Delgado Matos, I., & Laugart Wilson, A. (2015). Comportamiento clínico-epidemiológico de intento suicida en adolescentes. *Revista Información Científica*, 92(4), 745-753.