



Horizonte sanitario

Volumen 23 / Número 1 / enero - abril 2024 / Villahermosa, Tabasco, México
ISSN 1665 3262 impreso, ISSN 2007 7459 electrónico

Obesidad en la población pediátrica de México

Edgar M. Vázquez-Garibay

Neuropsychiatric symptoms of post-COVID-19 condition in Mexican healthcare personnel

David Ruiz-Ramos, Cecilia Yazmin Alonso-García, Roberto Esteban Salazar-Rifka, José Jaime Martínez-Magaña, Germán Alberto Nolasco-Rosales, Mario Villar-Soto

Violencia en las relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios de enfermería

Leticia Cortaza-Ramírez, María de los Angeles Torres-Lagunas, Ely Guadalupe Vega-Morales, Marcos André-Matos, Alejandra Hermida-Flores

Actitudes y comportamientos del personal de enfermería hacia la sexualidad en la vejez

Isaí Arturo Medina-Fernández, Nissa Yaing Torres-Soto, Josué Arturo Medina-Fernández, Reyna Torres-Obregón, Ana Laura Carrillo-Cervantes, Adrián Josué Lizcano-Baños

Aberraciones del cromosoma 9 diagnosticadas en un hospital pediátrico en Tabasco, México

Diana Sarai Rodríguez-García, Norma Gómez-Sandoval, Rubicel Díaz-Martínez, Miriam Margot Rivera-Angles, Elizabeth Huerta García, Luis Gómez-Valencia Luis

Estado emocional usando DASS-21 en enfermos post COVID-19 en primer nivel de atención en salud

Ángel Francisco Carrillo Avilés, Osvaldo García Torres, Indira Susana Obeso Sandoval

Consumo de drogas: percepción de padres y adolescentes

Sarai Pulido-Trujillo, Xóchitl De San Jorge-Cárdenas, Nora Inés Morales-Contreras, María del Pilar Peregrina-Martínez

Conocimiento, actitudes y acciones de prevención contra el cáncer, del personal de salud en Tamaulipas

Francisco Alberto Velasco-Canseco, Ana Alejandra Valera-Rojo, Carlos Alejandro Martínez-Del Alto, Emmanuel Alejandro Mata-Bugarín, Hadassa Yuef Martínez-Padrón

Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados

María Teresa-de-la-Garza-Carranza, Alejandra-Calderón-Pérez, Mónica Lucía-Reyes-Berlanga, María Angélica-García-Torres

Percepciones de salud materno-infantil y efectos de incentivos económicos en los Altos de Chiapas, México: Análisis Post-Prospera

Magdalena del Carmen Morales-Domínguez

Promoción de actividad física en complejos habitacionales

Mónica De Jesús Gómez-Barbosa, Héctor Buritica-Herrera, Mónica Judith Arrázola-David, Alexander Parody-Muñoz, Jainer Molina-Romero, Jesús Iglesias-Acosta

Vivencias ante la nueva normalidad por COVID-19 en universitarios

Reyna Felipe-López, Isabel Beristáin-García, Raúl Fernando Guerrero-Castañeda

Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes VIH

Carolina Rodríguez-de Dios, Herenia del Carmen Padrón-Sánchez, Rogelio Pérez-Moreno, Agustín Flores-Sánchez

Pandemia COVID-19: consecuencias de la sobreexposición al uso de tecnologías de la Información y comunicación

Rebeca Guadalupe Gómez-Ramos, Vianey Guadalupe Argüelles-Nava, Javier López-Zetina, Christian Soledad Ortiz-Chacha, Patricia Pavón León, María Cristina Ortiz-León

Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos, México. 2012-2022

Eric Alejandro Monterrubio-Flores, Liliana León-Rogel, Celina Magally Rueda-Neria, Irene M. Parada-Toro

Relationship between food security and food environments in Mexico City conurbation area vulnerable neighborhoods

Alfonso Totosaus

Eficacia de una intervención familiar en duelo complicado por ruptura de pareja en atención primaria

Sara Minerva Medina-Martínez, Rosa María Sánchez-Rodríguez, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez, María Isabel Avalos-García, Cesar Augusto de la O-León, María Luisa Castillo- Orueta

Competencias transversales del tutor clínico especialista del cuidado en Enfermería en la apreciación del alumnado

Gandhy Ponce Gómez, Alejandra Valencia Cruz, Graciela González Juárez

Factores socioambientales relacionados con la leishmaniasis a nivel cantonal, Costa Rica, 2018-2021

Armando Elizondo-Morales, Andrés Fernández-Córdoba, Laura Soto-Trejos, Diana Paniagua-Hidalgo

El hogar como área laboral en pandemia y las lesiones no intencionales

Elizabeth Sevilla, Luis Pérez-García

Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo

Rodolfo Campos-Montejo, Adriana Esmeralda del Carmen Acosta-Toraya

Eficacia del trabajo con familias en duelo complicado por COVID-19 en el primer nivel

Thalía Selene Medina-Hernández, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez, Rosa María Sánchez-Rodríguez, María Luisa Castillo-Orueta, María Isabel Avalos-García

Empoderamiento sexual, reproductivo, derechos sexuales y conducta sexual segura en jóvenes mexicanos

Claudia Orozco-Gómez, Vicente Jiménez-Vázquez, Marily Daniela Amaro-Hinojosa, Carolina Valdez-Montero, Sandra Paloma Esparza-Dávila

Autoestima y consumo de cannabis en adolescentes: Una revisión integrativa

Pablo Medina-Quevedo, Elizabeth Guzmán-Ortiz, Alicia Álvarez-Aguirre, Alicia Sarahy Martín del campo-Navarro, María de Lourdes García-Campos

Estilos de vida adquiridos durante el confinamiento por COVID-19 en la infancia: Una revisión sistemática

Yeimy Mar de León-Ramírez, Xcaret Alexa Hernández-Domínguez, Omar Arroyo-Helguera





Horizonte sanitario



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Lic. Guillermo Narváez Osorio
Rector

Dr. Wilfrido Miguel Contreras Sánchez
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

Consejo Editorial

Silvia Martínez Calvo (Cuba)
Jorge E. Vidal (United States)
Paula Cristina Remoaldo (Portugal)
Guillermo Fajardo Ortíz (México)
Enrique Ruelas Barajas (México)
Camilo Torres Serna (Colombia)
Orlando Carnota Lauzán (Cuba)
Michele McCay (United States)
Josep Vaqué (España)
Nery Suarez Lugo (Cuba)
Hiram Vicente Arroyo Acevedo (Puerto Rico)
Galo Eduardo Beltrán Citelli (Ecuador)
Janet García González (México)
Roberto Tapia Conyer (México)
Juan Luis Gerardo Durán Arenas (México)

DIRECTORIO

Editor en Jefe

Heberto Romeo Priego Álvarez

Editor Ejecutivo

Juan Antonio Córdova Hernández

Editores Asociados

Manuel Lillo Crespo

Universidad de Alicante, España

Jaime Morales Romero

Universidad Veracruzana, México

Gestión Editorial

Jaime Busquet García

Diseño Editorial y Diagramación

Deyanira del Carmen Correa Martínez

Corrección de Estilo

Fanny Carrera Fernández

Carmen de la Cruz García

Responsables de Traducción

Norma Isabel Portilla Manica

Irma Alejandra Coeto Calcáneo

Julio César Arias Ovando

HORIZONTE SANITARIO, Volumen 23 / Número 1 / enero - abril 2024, es una publicación cuatrimestral editada, publicada y distribuida por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Av. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A, Col. Tamulté C.P. 86150, Villahermosa Tabasco, Tel (933) 358 1500 Ext. 6391, <https://revistahorizonte.ujat.mx>, horizontesanitario@ujat.mx. Editor Responsable Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, Reserva de derechos al uso exclusivo : 04-2023-080711520600-30, ISSN: 20077459, ambos otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 16560, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. La opinión expresada por los autores no necesariamente refleja la postura del editor de la publicación ni de la institución que la patrocina. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.



Horizonte sanitario

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La Revista Horizonte sanitario es una publicación cuatrimestral editada por la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Publica artículos en español sobre temas relacionados con la Salud Pública y de Administración Sanitaria en forma de editoriales, artículos originales y de revisión.

Solo se aceptan trabajos inéditos, que no estén siendo considerados por otras revistas y cuyo contenido ha sido aprobado por cada uno de los autores. La extensión debe ser de 12 a 18 cuartillas (desde la hoja frontal hasta las referencias bibliográficas), un máximo de seis cuadros y figuras (entre ambos) para artículos originales y de revisión. La revista en su versión digital se encuentra en la web de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>).

NORMAS EDITORIALES

Todos los manuscritos deben apegarse a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. El texto debe ser enviado de manera electrónica (archivo en word, letra Times New Roman 12) incluyendo tablas y figuras en escala de grises; en caso de enviar fotografías, éstas deben estar en formato .JPG con una resolución mínima de 5 megapíxeles.

La hoja frontal debe llevar únicamente el título del trabajo en español, inglés y preferentemente portugués, que no exceda de 15 palabras, los nombres completos de los autores, sus grados académicos y su adscripción institucional; además, debe indicarse el responsable de la correspondencia, así como su dirección, teléfono, dirección electrónica y número de ORCID.

El resumen y el abstract deben tener una extensión máxima de 300 palabras y estructurarse con los subtítulos; objetivo, materiales y métodos, resultados y conclusiones.

También se tienen que incluir de tres a cinco palabras clave deben aparecer en el index medicus. El texto del escrito deberá contener las secciones correspondientes a introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

Los autores tienen la responsabilidad de enviar las referencias bibliográficas completas y de su correcta citación en el texto bajo normas Vancouver incluyendo su número de DOI (*Digital Object Identifier*) o la liga donde se encuentre disponible en internet. Estas se deben numerar por orden consecutivo.

Para la anotación de la participación de los autores, desde la conceptualización de la investigación hasta la redacción del escrito científico, se utilizará la taxonomía CRediT (A Comprehensive Taxonomy for Authorship Attribution) que presenta 14 roles y su definición. Con estos criterios, los autores deberán anotar las siglas de sus nombres en cada uno de los roles en los que participaron.

Las de revistas incluyen:

a) Apellido(os) e inicial(es) de todos los autores (mencionarlos todos cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más, señale sólo los seis primeros y añada "et al.")

- b) Título completo del artículo, utilizando mayúscula sólo para la primera letra de la palabra inicial (y para nombres propios)
- c) Abreviatura de la revista como está indicada en DeCS/MeSH
- d) Año de publicación
- e) Volumen en números arábigos
- f) Números completos de las páginas (inicial y final), separados por un guión

Para libros:

Las de libros incluyen:

- a) Apellido(os) e inicial(es) de todos los autores
- b) Título del libro
- c) Número de la edición
- d) Ciudad en la que la obra fue publicada
- e) Nombre de la Editorial
- f) Año de la publicación (de la última edición citada si hay más de una edición)
- g) Número del volumen si hay más de uno.
- h) Número de la página citada, en el caso de que la cita se refiera al capítulo de un libro, indicar la primera y la última página del capítulo, separadas por un guión.

Las unidades de medida deben corresponder al Sistema Internacional de Unidades. A toda referencia bibliográfica deberá añadirse el número del DOI, en caso de contar con éste.

Cada tabla ha de contener título y se designarán con números arábigos: Tabla 1, Tabla 2, etc., en el mismo orden en que se mencionan en el texto. Las ilustraciones serán gráficas, fotográficas o esquemas y se designarán con números arábigos: Figura 1, Figura 2, etc.; también se enviarán cada una con su título.

Todos los manuscritos se someten a una revisión preliminar en la que se determina si se apegan a la línea editorial y a las normas de la revista *Horizonte sanitario* de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y se somete a una validación de autenticidad mediante el programa *Ithenticate*, en caso afirmativo, se recomienda una segunda evaluación a dos árbitros especialistas externos. Para asegurar la confidencialidad, los trabajos se envían al proceso de arbitraje en forma anónima y los autores tampoco conocen la identidad de los revisores (doble ciego).

ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los manuscritos, se envían mediante el sitio <https://revistahorizonte.ujat.mx>, con carta de solicitud para su posible publicación y de originalidad firmada por todos los autores. *Solicitud de informes a: Horizonte sanitario, conmutador: (52) 993 581500 ext. 6391.*

Todo el trabajo enviado se acompañará de una carta firmada por todos los autores, cuyo contenido incluya lo siguiente: a) La aprobación del contenido del trabajo (incluyendo tablas y figuras) y el orden de aparición de los autores; b) la transferencia de los derechos de autor a la revista Horizonte sanitario, en caso de que el trabajo sea aceptado; c) mención de que se trata de un trabajo original que no ha sido publicado, total o parcialmente, ni sometido para su publicación, por ellos mismo u otros autores, a otra revista nacional o extranjera. Esta carta deberá adjuntarse en formato .PDF en el paso 4 del envío (archivos adicionales).

La revista Horizonte sanitario se reserva el derecho de aceptar o rechazar cada uno de los trabajos recibidos, así como de realizar cualquier corrección editorial que estime necesaria, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Editorial y los responsables de la sección editorial correspondiente. Los originales no se devolverán en ningún caso.



Horizonte sanitario

Contenido

	<i>Pág.</i>
<i>Editorial</i>	
Obesidad en la población pediátrica de México Edgar M. Vásquez-Garibay	7
<i>Artículos originales</i>	
Síntomas neuropsiquiátricos post-COVID-19 en trabajadores de salud mexicanos David Ruiz-Ramos, Cecilia Yazmin Alonso-García, Roberto Esteban Salazar-Rifka, José Jaime Martínez-Magaña, Germán Alberto Nolasco-Rosales, Mario Villar-Soto	11
Violencia en las relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios de enfermería Leticia Cortaza-Ramírez, María de los Ángeles Torres-Lagunas, Elsy Guadalupe Vega-Morales, Marcos André-Matos, Alejandra Hermida-Flores	21
Actitudes y comportamientos del personal de enfermería hacia la sexualidad en la vejez Isaí Arturo Medina-Fernández, Nissa Yaing Torres-Soto, Josué Arturo Medina-Fernández, Reyna Torres-Obregón, Ana Laura Carrillo-Cervantes, Adrián Josué Lizcano-Baños	29
Aberraciones del cromosoma 9 diagnosticadas en un hospital pediátrico en Tabasco, México Diana Sarai Rodríguez-García, Norma Gómez-Sandoval, Rubicel Díaz-Martínez, Miriam Margot Rivera-Angles, Elizabeth Huerta García, Luis Gómez-Valencia Luis	39
Estado emocional usando DASS-21 en enfermos post COVID-19 en primer nivel de atención en salud Ángel Francisco Carrillo Avilés, Osvaldo García Torres, Indira Susana Obeso Sandoval	47
Consumo de drogas: percepción de padres y adolescentes Sarai Pulido-Trujillo, Xóchitl De San Jorge-Cárdenas, Nora Inés Morales-Contreras, María del Pilar Peregrina-Martínez	57
Conocimiento, actitudes y acciones de prevención contra el cáncer, del personal de salud en Tamaulipas Francisco Alberto Velasco-Canseco, Ana Alejandra Valera-Rojo, Carlos Alejandro Martínez-Del Alto, Emmanuel Alejandro Mata-Bugarín, Hadassa Yuef Martínez-Padrón	67
Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados María Teresa-de-la-Garza-Carranza, Alejandra-Calderón-Pérez, Mónica Lucía-Reyes-Berlanga, María Angélica-García-Torres	73
Percepciones de salud materno-infantil y efectos de incentivos económicos en los Altos de Chiapas, México: Análisis Post-Prospera Magdalena del Carmen Morales-Domínguez	83
Promoción de actividad física en complejos habitacionales Mónica De Jesús Gómez-Barbosa, Héctor Buriticá-Herrera, Mónica Judith Arrázola-David, Alexander Parody-Muñoz, Jainer Molina-Romero, Jesús Iglesias-Acosta	93

Vivencias ante la nueva normalidad por COVID-19 en universitarios Reyna Felipe-López, Isabel Beristáin-García, Raúl Fernando Guerrero-Castañeda	103
Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes VIH Carolina Rodríguez-de Dios, Herenia del Carmen Padrón-Sánchez, Rogelio Pérez-Moreno, Agustín Flores-Sánchez	111
Pandemia COVID-19: consecuencias de la sobreexposición al uso de tecnologías de la Información y comunicación Rebeca Guadalupe Gómez-Ramos, Vianey Guadalupe Argüelles-Nava, Javier López-Zetina, Christian Soledad Ortiz-Chacha, Patricia Pavón León, María Cristina Ortiz-León	119
Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos, México. 2012-2022 Eric Alejandro Monterrubio-Flores, Liliana León-Rogel, Celina Magally Rueda-Neria, Irene M. Parada-Toro	129
Relación entre seguridad alimentaria y entornos alimentarios en colonias vulnerables del área conurbada de la Ciudad de México Alfonso Totosaus	141
Eficacia de una intervención familiar en duelo complicado por ruptura de pareja en atención primaria Sara Minerva Medina-Martínez, Rosa María Sánchez-Rodríguez, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez, María Isabel Ávalos-García, Cesar Augusto de la O-León, María Luisa Castillo- Orueta	151
Competencias transversales del tutor clínico especialista del cuidado en Enfermería en la apreciación del alumnado Gandhy Ponce Gómez, Alejandra Valencia Cruz, Graciela González Juárez	159
Factores socioambientales relacionados con la leishmaniasis a nivel cantonal, Costa Rica, 2018-2021 Armando Elizondo-Morales, Andrés Fernández-Córdoba, Laura Soto-Trejos, Diana Paniagua-Hidalgo	167
El hogar como área laboral en pandemia y las lesiones no intencionales Elizabeth Sevilla, Luis Pérez-García	179
Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo Rodolfo Campos-Montejo, Adriana Esmeralda del Carmen Acosta-Toraya	189
Eficacia del trabajo con familias en duelo complicado por COVID-19 en el primer nivel Thalía Selene Medina-Hernández, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez, Rosa María Sánchez-Rodríguez, María Luisa Castillo-Orueta, María Isabel Avalos-García	203
Empoderamiento sexual, reproductivo, derechos sexuales y conducta sexual segura en jóvenes mexicanos Claudia Orozco-Gómez, Vicente Jiménez-Vázquez, Marily Daniela Amaro-Hinojosa, Carolina Valdez-Montero, Sandra Paloma Esparza-Dávila	211
<i>Artículos de revisión</i>	
Autoestima y consumo de cannabis en adolescentes: Una revisión integrativa Pablo Medina-Quevedo, Elizabeth Guzmán-Ortiz, Alicia Álvarez-Aguirre, Alicia Sarahy Martin del campo-Navarro, María de Lourdes García-Campos	221
Estilos de vida adquiridos durante el confinamiento por COVID-19 en la infancia: Una revisión sistemática Yeimy Mar de León-Ramírez, Xcaret Alexa Hernández-Domínguez, Omar Arroyo-Helguera	231



Horizonte sanitario

Contents

	<i>Pág.</i>
<i>Editorial</i>	
Obesity in the pediatric population of Mexico Edgar M. Vásquez-Garibay	7
<i>Research Original</i>	
Neuropsychiatric symptoms of post-COVID-19 condition in Mexican healthcare personnel David Ruiz-Ramos, Cecilia Yazmin Alonso-García, Roberto Esteban Salazar-Rifka, José Jaime Martínez-Magaña, Germán Alberto Nolasco-Rosales, Mario Villar-Soto	11
Dating relationship violence in university nursing students Leticia Cortaza-Ramírez, María de los Ángeles Torres-Lagunas, Elsy Guadalupe Vega-Morales, Marcos André-Matos, Alejandra Hermida-Flores	21
Attitudes and behaviors of nursing professionals' attitudes towards sexuality in old-age Isaí Arturo Medina-Fernández, Nissa Yaing Torres-Soto, Josué Arturo Medina-Fernández, Reyna Torres-Obregón, Ana Laura Carrillo-Cervantes, Adrián Josué Lizcano-Baños	29
Chromosome 9 aberrations diagnosed at a pediatric hospital in Tabasco, Mexico Diana Sarai Rodríguez-García, Norma Gómez-Sandoval, Rubicel Díaz-Martínez, Miriam Margot Rivera-Angles, Elizabeth Huerta García, Luis Gómez-Valencia Luis	39
Emotional state using DASS-21 in post-COVID-19 patients in primary health care Ángel Francisco Carrillo Avilés, Osvaldo García Torres, Indira Susana Obeso Sandoval	47
Drug use: perception of parents and adolescents Sarai Pulido-Trujillo, Xóchitl De San Jorge-Cárdenas, Nora Inés Morales-Contreras, María del Pilar Peregrina-Martínez	57
Knowledge, attitudes and actions against cancer of health personnel in Tamaulipas Francisco Alberto Velasco-Canseco, Ana Alejandra Valera-Rojo, Carlos Alejandro Martínez-Del Alto, Emmanuel Alejandro Mata-Bugarín, Hadassa Yuef Martínez-Padrón	67
Quality Service: servqual methodology and patient satisfaction in hospitals María Teresa-de-la-Garza-Carranza, Alejandra-Calderón-Pérez, Mónica Lucía-Reyes-Berlanga, María Angélica-García-Torres	73
Maternal and child health Perceptions and economic Incentive effects in the Altos of Chiapas, Mexico: A post-Prospera analysis Magdalena del Carmen Morales-Domínguez	83
Promotion of physical activity in housing complexes Mónica De Jesús Gómez-Barbosa, Héctor Buriticá-Herrera, Mónica Judith Arrázola-David, Alexander Parody-Muñoz, Jainer Molina-Romero, Jesús Iglesias-Acosta	93

	<i>Pág.</i>
Experiences before the new normal by covid-19 in university Reyna Felipe-López, Isabel Beristáin-García, Raúl Fernando Guerrero-Castañeda	103
Depression as a risk factor for suicide attempt in patients HIV Carolina Rodríguez-de Dios, Herenia del Carmen Padrón-Sánchez, Rogelio Pérez-Moreno, Agustín Flores-Sánchez	111
COVID-19 pandemic: consequences of overexposure to the use of information and communication technologies Rebeca Guadalupe Gómez-Ramos, Vianey Guadalupe Argüelles-Nava, Javier López-Zetina, Christian Soledad Ortiz-Chacha, Patricia Pavón León, María Cristina Ortiz-León	119
Sociocultural Factors: Subsequent teenage Pregnancy life roject, Morelos, Mexico. 2012-2022 Eric Alejandro Monterrubio-Flores, Liliana León-Rogel, Celina Magally Rueda-Neria, Irene M. Parada-Toro	129
Relationship between food security and food environments in Mexico City conurbation area vulnerable neighborhoods Alfonso Totosaus	141
Efficacy of a family intervention in grief complicated by couple breakup in primary care Sara Minerva Medina-Martínez, Rosa María Sánchez-Rodríguez, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez, María Isabel Ávalos-García, Cesar Augusto de la O-León, María Luisa Castillo- Orueta	151
Transversal competencies of the clinical tutor specializing in nursing care in the appreciation of students Gandhy Ponce Gómez, Alejandra Valencia Cruz, Graciela González Juárez	159
Socio-environmental factors related to leishmaniasis at the cantonal level, Costa Rica, 2018-2021 Armando Elizondo-Morales, Andrés Fernández-Córdoba, Laura Soto-Trejos, Diana Paniagua-Hidalgo	167
The home as a work area in a pandemic and unintentional injuries Elizabeth Sevilla, Luis Pérez-García	179
Effectiveness of the Human Right to Health Through the Amparo Trial Rodolfo Campos-Montejo, Adriana Esmeralda del Carmen Acosta-Toraya	189
Effectiveness of working with families in grief complicated by COVID-19 at the first level Thalía Selene Medina-Hernández, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez, Rosa María Sánchez-Rodríguez, María Luisa Castillo-Orueta, María Isabel Avalos-García	203
Sexual and reproductive, empowerment, sexual rights, and sexual safe behaviors in mexican young people Claudia Orozco-Gómez, Vicente Jiménez-Vázquez, Marily Daniela Amaro-Hinojosa, Carolina Valdez-Montero, Sandra Paloma Esparza-Dávila	211
 <i>Review Article</i>	
Self-esteem and cannabis use in adolescents: An integrative review Pablo Medina-Quevedo, Elizabeth Guzmán-Ortiz, Alicia Álvarez-Aguirre, Alicia Sarahy Martin del campo-Navarro, María de Lourdes García-Campos	221
Lifestyles acquired during confinement by COVID-19 in childhood: a systematic review Yeimy Mar de León-Ramírez, Xcaret Alexa Hernández-Domínguez, Omar Arroyo-Helguera	231

EDITORIAL

Obesidad en la población pediátrica de México

Obesity in the pediatric population of Mexico

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5677

Edgar M. Vásquez-Garibay*, 

Durante el siglo 21, la creciente epidemia de obesidad en edades pediátricas ha sido uno de los retos más importantes de salud pública en México¹. En la población de cinco a 11 años se ha observado que prácticamente no ha habido cambios. Por ejemplo, la combinación de sobrepeso y obesidad de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) fue de 34.8%; 2012 de 34.4%; de 2018 de 35.5%; 2020 (Covid-19) 38.2% y 2021 (Covid-19) de 37.4%. La tendencia actual (2020 y 2021) en los últimos años es de mayor prevalencia de obesidad que de sobrepeso en varones y mayor prevalencia de sobrepeso que obesidad en niñas².

Por ello, recientemente se ha elaborado una postura para que los profesionales de la salud, incluidos los pediatras, mostremos un genuino interés por el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad y sus consecuencias en todos los grupos de edad³. Para ello, considero que es necesario abordar los factores y los efectos que afectan la nutrición y la salud humana, especialmente de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, con un enfoque integral de sistemas complejos, figura 1^{4,5,6}. Esto significa, por ejemplo, que la complejidad de la obesidad en la edad pediátrica supone una visión holística⁷. O sea, una posición metodológica y epistemológica que postula cómo los sistemas (biológicos, sociales, etc.) y sus propiedades, deben ser analizados en su conjunto y no sólo a través de las partes que los componen. De tal manera que este modelo holístico sería un modelo de abordaje (planeación, investigación intervención, etc.) de la obesidad, que surge de la necesidad de trabajar dinámicas, métodos y técnicas de investigación e intervención, que respondan al ciclo natural de la salud y enfermedad en el ser humano.

Para abordar la obesidad en edades pediátricas, se requiere de un enfoque centrado en el niño en sus diferentes etapas vitales. Por ejemplo, se debe destacar la importancia de la prevención de la obesidad desde la etapa preconcepcional, durante los primeros 1000 días de vida (embarazo, lactancia materna exclusiva por seis meses, continuación de la lactancia materna y alimentación complementaria hasta los 23 meses), la etapa preescolar, escolar y la pubertad⁸. Este enfoque contempla considerar tres pilares básicos: alimentación, actividad física e higiene mental.

Figura 1. Modelo holístico de análisis e intervención simultánea que incluye todos los factores con influencia potencial en la presencia de sobrepeso y obesidad. Cada componente del multinivel requiere de una estrategia específica, particular y definida con énfasis en el abordaje particular de cada uno de los grupos etarios de la población pediátrica.



Fuente: Sistema ecológico Bronfenbrenner, 2009.

Desde luego que reconocemos que en la génesis de la obesidad existen muchos factores. Por ejemplo, es conocido que los genes asociados al desarrollo de la obesidad explican menos de un 10% de esta herencia. Además, es probable que si un padre es obeso exista hasta 40% de probabilidad de que el hijo sea obeso y si ambos padres son obesos puede ser hasta en 80%.

Sin embargo, existen factores epigenéticos que tienen una gran importancia en el desarrollo de la obesidad. Estos factores modifican la actividad de los genes y su expresión, sin alterar el ADN del individuo. Entre ellos se encuentran la dieta, la exposición a enfermedades, a tóxicos, actividad física, el microbioma intestinal, el estado psicológico, entre otros. Durante la etapa intrauterina, el potencial epigenético del embarazo dependerá de la dieta de la madre y sus reservas de nutrimentos, de la capacidad de la madre para movilizar y transportar los nutrimentos y de la línea de suministro al producto en gestación que depende del flujo sanguíneo uterino y de la función y estructura de la placenta. De tal manera que cuando la madre es incapaz de suministrar los nutrimentos

necesarios para satisfacer la demanda del producto propiciará una desnutrición fetal con cambios estructurales y fisiológicos significativos en todos los órganos y sistemas de la economía. Estos cambios provocarán una programación metabólica que finalmente conducirá a obesidad central con hiperlipidemia, hipertensión y resistencia a la insulina que eventualmente puede desencadenar diabetes tipo 2 y enfermedades coronarias.

Estos cambios referidos sucederían durante los primeros 270 días, mientras que en el resto de los 1000 días que corresponden a los primeros dos años de vida postnatal del lactante; la influencia fundamental sería, el tipo de parto (vaginal o vía cesárea) que influye en la alimentación inicial (leche humana o sucedáneos de la leche humana), la lactancia materna exclusiva por seis meses, la alimentación complementaria adecuada a partir del sexto mes y los factores epigenéticos que han sido señalados antes⁹.

Es conocido que el ambiente actual en México se ha tornado obesogénico desde hace varios años. Permite el fácil acceso y consumo de alimentos de elevada densidad energética con alto contenido de azúcares y de grasas saturadas. Simultáneamente se han reducido las oportunidades de realizar actividad física por diversas causas. En los preescolares y escolares el estilo de vida, caracterizado por una pobre o nula actividad física fuera de casa y una excesiva inactividad parecen estar presentes en una gran cantidad de hogares mexicanos. Revisiones sistemáticas han mostrado que los niveles elevados de actividad física son un factor protector contra la obesidad en niños y adolescentes. Por ejemplo, la permanencia viendo TV aumenta la ganancia peso no solo porque desplaza el tiempo para actividad física, sino también porque incrementa el consumo de energía. Incluso, se ha observado que los anuncios comerciales por TV pueden afectar los patrones dietéticos en otros momentos del día. El niño es literalmente “bombardeado” miles de veces al año por anuncios comerciales, la mayoría de comida rápida, refrescos embotellados, dulces y cereales adicionados con azúcares.

¿Qué recomendaciones podríamos hacer en este contexto tan complejo y propiciador de obesidad en el niño?

El profesional de la salud que atiende niños debe insistir en la importancia de la lactancia materna exclusiva por seis meses, combinada con una alimentación complementaria adecuada y la continuidad de lactancia materna hasta los 23 meses. Promover el consumo de una dieta adecuada en cuatro o cinco tiempos de comida. Hacer énfasis en un mayor consumo de frutas, verduras, fibra y agua y un consumo bajo de grasas (saturadas) y azúcares. Promover una postura clara sobre la importancia de limitar el consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas con elevada densidad energética¹⁰.

Limitar las horas frente al televisor o el uso de videojuegos y computadoras. Enfatizar la importancia de actividad física sistemática mínimo 30 minutos y de preferencia 60 minutos cuando menos cinco días a la semana.

Mantener un enfoque con sentido común.

En el hogar, dar su tiempo a la preparación de alimentos; destinar mayor tiempo a la actividad física; limitar el tiempo frente al televisor, estimular las actividades físicas no sedentarias.

En la escuela: Obligatoriedad para la actividad física efectiva (60 minutos diario); programas de alimentación con estándares estrictos; eliminación de la oferta y venta de alimentos no saludables con elevada densidad energética (refrescos, frituras, golosinas); Regulación de permisos de instalación de máquinas de venta de alimentos.

Diseño urbano. Protección de los espacios abiertos; construcción de áreas adecuadas para peatones, ciclistas, parques, áreas de juego, etc.

Salud. Valoración precisa del diagnóstico del estado nutricional del niño; medidas efectivas de prevención de obesidad y control del sobrepeso; tratamiento de la obesidad mediante el uso de guías clínicas en niveles de atención; consolidación de la seguridad social para todos los mexicanos; realización de un escrutinio periódico de la salud del niño que incluya la medición del peso, la talla y el seguimiento longitudinal del índice de masa corporal (IMC)^{11,12,13}.

Mercadotecnia y medios de comunicación. Análisis de nuevos aumentos de impuestos en comida rápida, alimentos de elevada densidad energética y refrescos embotellados; subsidio a la producción y distribución de alimentos sanos como frutas y verduras; exigencia del etiquetado de advertencia; regulación estricta de la publicidad de alimentos de alta densidad energética o alimentos procesados y tácticas mercadotécnicas de la industria alimentaria dirigida a niños; aumento de los fondos económicos para la realización de campañas de salud pública para prevenir la obesidad en el niño. Mecanismos de regulación estricta sobre las contribuciones económicas procedentes de la industria alimentaria a los políticos.

Enfoque dietético. Ingestión diaria de los grupos básicos de alimentos; consumo de nutrimentos orgánicos e inorgánicos necesarios para mantener un estado saludable y crecimiento óptimo. Consumo de tres tiempos principales de alimentación (desayuno, comida y cena) y dos o tres colaciones adicionales de alimentos con menor cantidad y escasa cantidad de energía; consumo suficiente de pan y

cereales integrales; ingestión de cuatro a seis raciones de frutas naturales o verduras al día; consumo de hidratos de carbono complejos como maíz, papa, arroz o pasta todos los días; consumo de leche y derivados con poca grasa; ingestión de carne con bajo contenido de grasa y huevo tres veces por semana (en niños mayor de dos años); consumo de pocas grasas adicionales (mantequilla, margarina, aceites), sal y azúcares; evitar el consumo de alimentos de alta densidad energética (frituras, golosinas, postres, nieves de crema, alimentos procesados con alto contenido de grasas, harinas refinadas, etc.).

Política nacional. Habrá que decir que la solución a este problema emergente de salud pública nacional requiere de la realización de cambios estructurales en el ambiente social, educativo, cultural, económico y político de nuestro país, en el mejor de los casos, con una dirección clara, una estrategia sostenida y comprometida del gobierno federal, de los gobiernos estatales, municipales y de la sociedad en general, el logro de cambios significativos a este grave problema de salud pública, requeriría de algunas décadas.

Referencias

1. Barquera S, Rivera JA. Obesity in Mexico: rapid epidemiological transition and food industry interference in health policies. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(9):746-7. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30269-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30269-2)
2. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.
3. Barquera S, Véjar-Rentería LS, Aguilar-Salinas C, et al. Volviéndonos mejores: necesidad de acción inmediata ante el reto de la obesidad. Una postura de profesionales de la salud. *Salud Publica Mex.* 2022;64(2):225-229. DOI: 10.21149/13679. PMID: 35438918.
4. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design.* Harvard University Press. 1981, ISBN 9780674224575
5. Pérez-Escamilla R, Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *Int J Obes Suppl.* 2013; 3 (Suppl 1): S3-S5. DOI: 10.1038/ijosup.2013.2. PMID: 25018875
6. Raats MM. The role of consumers. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.* 2010; 66: 161-71. DOI: 10.1159/000318956. PMID: 20664224.
7. Wikipedia. La Enciclopedia libre. Obtenido el 17 de mayo de 2023. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Holismo>
8. Vásquez-Garibay EM. Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. *Gac Med Mex.* 2016;152 Suppl 1:13-21. PMID: 27603882
9. WHO. Exclusive breastfeeding. e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA), 2016. [Consultado el 04 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/elena/overview>
10. Álvarez-Zaragoza C, Vásquez-Garibay EM, Sánchez-Ramírez CA. Adiposity and feeding practices in the first two years of life among toddlers in Guadalajara, Mexico. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):61. DOI: 10.1186/s12887-023-03877-7
11. Romero-Velarde E, Vásquez-Garibay EM, Machado-Domínguez A, Larrosa-Haro A. Guías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad en pediatría. Comité de Nutrición. Confederación Nacional de Pediatría, A.C. *Pediatría de México.* 2012; 14(4): 186-196
12. The WHO Multicentre Growth Reference Study. Child growth standards. Obtenido el 14 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>
13. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning, and implementation. *Food and Nutrition Bulletin* 2004, Volume 25, Issue 1 (supplement 1): S3-S84. Obtenido el 14 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/who-multicentre-growth-reference-study>

*Médico, Pediatra, Hospital de Pediatría, CMN, IMSS y UNAM; Maestro en Ciencias Médicas y Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Posdoctoral Fellow Research en Pediatric Nutrition, Universidad de Iowa, USA. Profesor de Tiempo Completo Titular C y Director del Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Pediatría, Sistema Nacional de Investigadores Nivel II, Confederación Nacional de Pediatría. Fundador de la División de Pediatría del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca y de la Maestría en Nutrición Humana Orientación Infantil, programa consolidado en CONAHCYT.

Correo electrónico: edgar.vgaribay@academicos.udg.mx



Neuropsychiatric symptoms of post-COVID-19 condition in Mexican healthcare personnel

Síntomas neuropsiquiátricos post-COVID-19 en trabajadores de salud mexicanos

David Ruiz-Ramos¹,  Cecilia Yazmin Alonso-García²,  Roberto Esteban Salazar-Rifka³, 
José Jaime Martínez-Magaña⁴,  Germán Alberto Nolasco-Rosales⁵,  Mario Villar-Soto⁶ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5657

Research Original

• Received date: September 25, 2023 • Accepted date: November 9, 2023 • Publication date: December 15, 2023

Corresponding Author:

Villar-Soto Mario. Postal address: Ramon Mendoza 242, José María Pino Suarez 86029, Villahermosa, Tabasco, México.

Email address: mariovillarsoto01@gmail.com

Abstract

Objective: The aim of the present study was to identify anxiety and depression in health personnel who suffered COVID-19, and to associate them with blood inflammatory markers.

Materials and methods: The design of this study was descriptive and cross-sectional. We evaluated 51 healthcare workers who survived COVID-19 disease with Hamilton scales for anxiety and depression, also we calculated inflammatory markers (systemic immune-inflammation index, SII; monocyte lymphocyte ratio, MLR; platelet lymphocyte ratio, PLR; and neutrophil lymphocyte ratio, NLR) using blood venous samples. This study was carried out from August 2021 to December 2022. Statistical analysis was performed using SPSS v. 26.

Results: Our study included 51 healthcare personnel, females (n=29) and males (n=22). The mean age was 40.54 ± 11.00 years. The most frequent acute symptoms for COVID-19 presented were dysgeusia (n=20), anosmia (n=18), and headache (n=17). The most common comorbidities were overweight (n=24), obesity (n=22), and hypertension (n=11). According to the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS) and Hamilton Rating Scale for Depression Rating (HRSD) we identify anxiety and depression in 72.5% (n=37) and 51% (n=26) within the health personnel, respectively.

Conclusions: In our study, we observed a high frequency of anxiety and depression in healthcare workers with post COVID-19 condition. However, we did not observe an association between inflammatory markers (NLR, PLR, MLR, and SII) with anxiety and depression in health personnel post-COVID-19. We suggest follow-up assessments in healthcare personnel with post-COVID-19 condition, to evaluate if mixed emotional disorders persist.

Keywords: Anxiety; Depression; Mental disorders; Inflammation; COVID-19.

Objetivo: Identificar ansiedad y depresión en el personal de salud que padeció COVID-19, y asociarlos con niveles de marcadores inflamatorios en sangre.

Materiales y métodos: El estudio fue descriptivo y transversal. Evaluamos a 51 trabajadores del área de la salud con antecedente de COVID-19, se aplicó las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, y calculamos marcadores inflamatorios (índice de inmunidad/inflamación sistémica, índice monocito/linfocito, índice plaqueta/linfocito, índice neutrófilo/linfocito) obtenidas de muestras de sangre venosa. El estudio se realizó durante el periodo de agosto del 2021 a diciembre del 2022. El análisis estadístico fue realizado en SPSS v. 26.

Resultados: Nuestro estudio incluyó a 51 personas del área de salud, 29 mujeres y 22 hombres. La edad media fue 40.54 ± 11.00 años. Los síntomas agudos más frecuentes que presentaron los trabajadores fueron disgeusia (n=20), anosmia (n=18), y cefalea (n=17). Las comorbilidades más frecuentes fueron: sobrepeso (n= 24), obesidad (n=22), e hipertensión (n=11). Aplicando la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Depresión de Hamilton, identificamos ansiedad y depresión en el personal de salud en 72.5% (n=37) y 51% (n=26), respectivamente.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos una alta frecuencia de ansiedad y depresión post COVID-19 en el personal de salud. No observamos asociación entre ansiedad, depresión y marcadores inflamatorios hematológicos en los trabajadores de salud en población mexicana que padeció COVID-19. Sugerimos realizar evaluaciones de seguimiento en el personal de salud en condición post COVID-19 para demostrar la persistencia de trastornos mixtos de las emociones.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Trastornos mentales; Inflamación; COVID-19.

¹Master in Biomedical Sciences. Academic Division of Health Sciences, Juárez Autonomous University of Tabasco; Villahermosa, Tabasco, Mexico.

²Graduated in General Medicine. Academic Division of Health Sciences, Juárez Autonomous University of Tabasco; Villahermosa, Tabasco, Mexico.

³Epidemiology Residency Program. High Specialty Hospital "Centennial of the Mexican Revolution", Morelos, Mexico.

⁴Doctor in Biomedical Sciences. Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA.

⁵Master in Biomedical Sciences. Academic Division of Health Sciences, Juárez Autonomous University of Tabasco; Villahermosa, Tabasco, Mexico.

⁶Medical Specialist in Psychiatry. Mental Health Regional High Specialty Hospital, Villahermosa, Tabasco, Mexico.



Introduction

Recently, authors reported a relationship of the pandemic worldwide with mood disorders, they estimated that 53 million people suffer major depressive disorder, and 76 million people have anxiety disorder¹. Moreover, other studies indicated that psychiatric sequelae in post-COVID-19 conditions were an increased prevalence of anxiety (45%), and depression (47%) symptoms including lack of motivation, anhedonia, fatigue, irritability, sleep disturbance, and cognitive impairment^{2,3}. Taquet *et al.*, (2021) reported that post-COVID-19 subjects had twice the risk of anxiety and depression within 90 days after COVID-19. Besides, they observed that symptoms of moderate-severe stress, anxiety, and depression persist after 4 weeks⁴. Chevinsky *et al.*, (2021) reported anxiety after 30-60 days post-COVID-19⁵. According to Takao *et al.*, a study observed psychiatric sequelae (such as concentration difficulty, cognitive dysfunction, amnesia, depression, fatigue, and anxiety) within the next year in 52.7% of patients who suffered acute COVID-19^{6,7}. In addition, 31% out of 325 patients who recovered from COVID-19, and evaluated with the PHQ-9 scale, showed symptoms of depression: 87.8% of them had mild depression, 8.1% moderate depression, and 4% severe depression⁸. Thus, prolonged symptoms and neuropsychiatric state (anxious, depressive symptoms, and sleep disorders) are known as post-acute COVID-19 syndrome (PACS)^{9,10}. According to NICE guidelines defined post COVID-19 syndrome as persistent neurological, respiratory, and cardiovascular symptoms beyond 12 weeks or months of the onset of acute COVID-19^{11,12,13}. Some studies suggest the neuropsychiatric sequelae in post-COVID-19 syndrome may be related to the disruption of immune and inflammatory response triggering a cytokines storm, damage of the blood-brain barrier, neurotransmission dysregulation, and organ dysfunction (SNC, lung, liver, and kidney)^{13,14}. In that sense, several studies showed hematological inflammatory markers including SII (systemic immune inflammation index), PLR (platelet lymphocyte ratio), MLR (monocyte lymphocyte ratio), and neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) to be associated with psychiatric disorders in post COVID-19 condition^{15,16}. Therefore, Mazza *et al.*, (2021) evaluated SII and demonstrated depressive and cognitive impairment symptoms at 3-months follow-up after SARS-Cov2 infection, changes in levels of SII in these patients may reveal depression severity^{15,17}. Besides, recent studies indicate that inflammatory markers are reliable predictors of the severity and mortality risk of COVID-19^{18,19}, and values of systemic inflammation indexes have a predictive power with the severity of COVID-19 in the Mexican population²⁰. The aim of the present study was to identify anxiety and depression in health personnel who suffered COVID-19, and to associate them with blood inflammatory markers.

Materials and Methods

This study was descriptive and cross-sectional, with a convenience sampling. We recruited 51 healthcare personnel (physicians, nurses, chemist, and pharmacists) with post-COVID-19 condition from the “Mental Health Regional High Specialty Hospital” in Tabasco, Mexico; the data collection period was from October to December 2021. We included health personnel who suffered COVID-19 regardless the vaccination status, aging from 18-60 years old, and previous diagnosis of SARS-CoV-2 with a positive PCR test. The patients were diagnosed from March 2020 to October 2021, the range of post-COVID months were 1-20 months. We excluded healthcare workers with acute COVID-19 infection and positive PCR to SARS-CoV-2 at the recruitment. Health personnel with a previous anxiety and/or depression diagnosis were excluded from the study. All healthcare personnel were invited to voluntary participation and non-financial remuneration. All subjects signed an informed consent. This study was approved by the ethics committee of the Mental Health Regional High Specialty Hospital (HRAESM/DG/UEI/467/2021), and we followed the Official Mexican Standard NOM-012-SSA3-2012 guidelines, and Helsinki’s Declaration of Ethical principles.

This study includes evaluation of medical history, sociodemographic data, anthropometric measures, symptoms of acute COVID-19, and Hamilton Rating Scale for Depression Rating (HRSD) and Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS). We collected sociodemographic (age, gender, occupation, education, marital status, socioeconomic status) and clinical features with a structural questionnaire containing the medical history (comorbidities) of healthcare personnel with post-COVID-19 condition. After the interview, we measured weight and height to establish body mass index, obesity, and overweight diagnostics. BMI was calculated according to the Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) (weight in kilograms divided by the square of height in meters; kg/m^2)²¹. We collected 4mL blood venous samples from a single EDTA tube to determinate the inflammatory markers. The white blood cells count (WBC, 10^3 cells/mL), mean corpuscular volume (MCV, fL), red cell distribution width (RDW, %), neutrophil, lymphocyte, platelet, and monocyte count were determined with CELL-DYN Ruby (Abbott). We used these data for SII, NLR, PLR, MLR determination. We calculated these hematological inflammatory indexes with formulas as follows: SII index = (platelets count \times neutrophils count)/lymphocytes count; PLR = platelets count/lymphocytes count; MLR = monocytes count/lymphocytes count; NLR = neutrophils count/lymphocytes count. We classified the inflammatory markers values in tertiles.

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) is a validated asses in Spanish (Cronbach's alpha of 0.92), which evaluate the severity of depressive symptoms such as no depression (0-6) and scores indicate mild depression (7-17), moderate (18-24) and severe (>24) depression. Furthermore, include somatic symptoms, vegetative, cognitive and anxiety symptoms. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS) is a validated version with permitted to assess the severity of anxiety symptoms (Cronbach's alpha of 0.89.); mild anxiety (6-17); moderate anxiety (18-24); severe anxiety (25-30) and very severe anxiety (31-56). It consists of 14 items, evaluating psychological and somatic symptoms, which include anxious mood, tension, fears, insomnia, cognition, depressed mood, somatic and autonomic symptoms.

We described numerical variables as mean \pm standard deviation (SD) for variables with normal distribution; otherwise, we employed median and interquartile range (IQR). The categorical variables are expressed as frequency and percentages (%). We performed Shapiro-Wilks test to assess normality in our sample. We used the Chi-squared test for categorical variables; for numerical data, we made ANOVA or Kruskal Wallis tests. P-value <0.05 was considered significant in all analyses. Chi-squared test, Kruskal Wallis test, and ANOVA test were made with SPSS v. 26. Word cloud of symptoms was made with word cloud package for R studio v.4.2.

Results

Sociodemographic and clinical characteristics in health personnel post-COVID-19

This study included 51 health personnel (29 female and 22 male). The mean age was 40.55 ± 11.00 years. We evaluated variables such as schooling (16.32 ± 4.07 years), weight (80.37 ± 14.74 Kg), and Body Mass Index (30.80 ± 5.65). In addition, we found that (92.15% $n=47$) of the participants with mild COVID-19 symptoms required home treatment in social isolation, and only one healthcare worker was hospitalized (Table 1).

Anxiety and depression in health personnel post-COVID-19

According to the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS), we detected anxiety (72.5%, $n=37$) in healthcare personnel; when the results were stratified by categories, we found mild anxiety (54.9%, $n=20$), moderate anxiety (9.8%, $n=5$) severe anxiety (2%, $n=1$), and very severe anxiety (3.9%, $n=2$). Besides, considering the Hamilton Rating Scale for Depression Rating (HRSD), we detected depression in (51%, $n=26$) healthcare workers. Similarly, when stratified by categories, we observed mild depression (41.2%, $n=21$),

moderate depression (7.8%, $n=4$), and severe depression (2%, $n=1$). We observed a predominance of anxiety (54%, $n=20$) and depression (65%, $n=17$) in female health personnel in comparison with male health personnel with anxiety (46%, $n=17$) and depression (35%, $n=9$) (Table 1).

Inflammatory markers in health personnel post-COVID-19

In table 1 we described the mean/median value for hematological inflammatory markers and the highest and lowest ratio of SII (9.52 - 1.21), NLR (3.20 - 0.59), PLR (216.40 - 29.09), and MLR (1.14 - 0.08) indexes of post-COVID-19 condition in healthcare workers. We found no significant differences when we performed the variance analysis for the biochemical parameters and inflammatory markers.

Table 1. Psychiatric assessment, Inflammatory markers in post-COVID-19 Mexican health personnel.

Variables	Value
Age (years) (M \pm SD)	40.55 \pm 11.00
Schooling (years) (M \pm SD)	16.32 \pm 4.07
Weight (kilograms) (M \pm SD)	80.37 \pm 14.74
Body Mass Index (M \pm SD)	30.80 \pm 5.65
Psychiatric assessment (n=51)	n (%)
Anxiety, n (%)	37 (72.5)
mild anxiety	20 (54.9%)
moderate anxiety	5 (9.8%)
severe anxiety	1 (2%)
very severe anxiety	2 (3.9%)
Depression, n (%)	26 (51)
mild depression	21 (41.2%)
moderate depression	4 (7.8%)
severe depression	1 (2%)
Inflammatory markers	M \pm SD, Median (IQR)
SII, Median (IQR)	430294 (288358 - 514052)
NLR, Median (IQR)	1.51 (1.22 - 2.02)
PLR, (M \pm SD)	122 \pm 42.64
MLR, Median (IQR)	0.22 (0.17 - 0.26)

Source: Authors' own elaboration from the study survey

M: mean; SD: standard deviation; SII: Systemic immune-inflammation index; NLR: neutrophil-lymphocyte ratio; PLR: platelet-lymphocyte ratio; MLR: monocyte-lymphocyte ratio

On the other hand, related to COVID-19 symptoms we found that dysgeusia (80.39%, $n=20$) was the most frequent acute symptom, other symptoms that the health personnel presented were anosmia (76.47%, $n=18$), and headache (70.58%, $n=17$) (Figure1). The most common comorbidities include overweight (47.05%, $n=24$), obesity (43.13%, $n=22$), and hypertension 21.56%.

Figure 1. Acute symptoms of COVID-19 in Mexican health personnel.



Source: Authors own elaboration using R studio.

Anxiety, depression, and inflammatory markers of post-COVID-19 condition in healthcare personnel

The hematological inflammatory indexes were divided into the following tertiles values: SII ($<3.16 \times 10^3$, $3.16-4.74 \times 10^3$ and $>4.743 \times 10^3$), NLR (<1.35 , $1.35-1.73$ and >1.73), PLR (<103.9 , $103.9-134.8$ and >134.8) and MLR (<1860 , $0.186-0.248$ and >0.2487); each tertile included 17 subjects (Supplementary table 1 – 4). In the present study we did not observe an association between depression, anxiety, and inflammatory markers in health personnel post-COVID-19 (Table 2).

Abbreviations: χ^2 , Chi-square test; SII, Systemic immune-inflammation index; NLR, neutrophil-lymphocyte ratio; PLR, platelet-lymphocyte ratio; MLR, monocyte-lymphocyte ratio; $p \leq 0.05$

Table 2. Inflammatory ratios with depression, anxiety, comorbidities, pharmacotherapy, and symptoms in post-COVID-19 Mexican health personnel

Variables	χ^2 , p			
	Tertiles			
	SII	NLR	PLR	MLR
Depression				
Mild depression	4.98, 0.28	6.13, 0.18	1.13, 0.88	2.53, 0.63
Moderate depression	4.30, 0.36	5.80, 0.21	2.52, 0.64	2.67, 0.61
Severe depression	1.04, 0.59	1.04, 0.59	1.05, 0.59	1.04, 0.59
Anxiety				
Mild anxiety	3.85, 0.42	2.39, 0.66	0.76, 0.94	2.06, 0.72
Moderate anxiety	2.72, 0.60	2.72, 0.60	2.40, 0.66	1.78, 0.77
Severe anxiety	3.12, 0.53	3.12, 0.53	2.95, 0.56	3.00, 0.55
Very severe anxiety	1.04, 0.59	1.04, 0.59	1.05, 0.59	1.04, 0.59
Comorbidities				
Alcoholism	2.31, 0.31	2.31, 0.31	1.32, 0.51	6.29, 0.04
Hypertension	9.96, <0.01	4.40, 0.11	3.70, 0.15	4.40, 0.11
Overweight	1.41, 0.49	0.47, 0.79	6.13, 0.04	5.55, 0.06
Pharmacotherapy				
Hydroxychloroquine	2.14, 0.34	0, 0.1	0, 1.0	6.35, 0.04
Symptoms				
Sudden onset	5.20, 0.07	10.23, <0.01	1.17, 0.55	1.17, 0.55
Rhinorrhea	4.43, 0.10	10.61, <0.01	3.0, 0.22	2.53, 0.28
Abdominal pain	2.07, 0.35	7.41, 0.02	2.07, 0.35	4.74, 0.09
Arthralgia	4.39, 0.11	5.80, <0.05	2.98, 0.22	1.09, 0.57

Source: Authors' own elaboration from the study survey

Abbreviations: χ^2 , Chi-square test; SII, Systemic immune-inflammation index; NLR, neutrophil-lymphocyte ratio; PLR, platelet-lymphocyte ratio; MLR, monocyte-lymphocyte ratio; $p \leq 0.05$



Supplementary **Table 3.** PLR with depression, anxiety, and clinical features in post-COVID-19 Mexican health personnel.

Variables	PLR tertiles			X ² , p
	Low <103.9; n=17	Medium 103.9-134.8; n=17	High >134.8; n=17	
Depression				
Normal	10 (58.8%)	8 (47.1%)	7 (41.2%)	3.35, 0.764
Mild depression	6 (35.3%)	7 (41.2%)	8 (47.1%)	
Moderate depression	1 (5.9%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	
Severe depression	0 (0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	
Anxiety				
Normal	5 (29.4%)	3 (17.6%)	6 (35.3%)	4.88, 0.770
Mild anxiety	10 (58.8%)	11 (64.7%)	8 (47.1%)	
Moderate anxiety	2 (11.8%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	
Severe anxiety	0 (0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	
Very severe anxiety	0 (0%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	
Comorbidities				
Alcoholism	3 (17.6%)	3 (17.6%)	1 (5.9%)	1.33, 0.516
Hypertension	1 (5.9%)	5 (29.4%)	5 (29.4%)	
Overweight	7 (41.2%)	5 (29.4%)	12 (70.6%)	
Pharmacotherapy				
Hydroxychloroquine	1 (5.9%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	0.00, 1.000
Symptoms				
Sudden onset	5 (29.4%)	6 (35.3%)	8 (47.1%)	1.17, 0.556
Rhinorrhea	5 (29.4%)	8 (47.1%)	10 (58.8%)	
Abdominal pain	1 (5.9%)	4 (23.5%)	3 (17.6%)	2.08, 0.354
Arthralgia	9 (52.9%)	11 (64.7%)	6 (35.3%)	

Source: Authors' own elaboration from the study survey

Abbreviations: x2, Chi-square test; PLR, platelet-lymphocyte ratio; p ≤ 0.05

We found SII ($>4.743 \times 10^3$) associated with hypertension ($p=0.007$) (Table 2, Supplementary table 1). According to assessments, the COVID-19 symptoms associated with high NLR were sudden onset ($p=0.006$), rhinorrhea ($p=0.005$), abdominal pain ($p=0.025$), and arthralgia ($p=0.048$) (Table 2, Supplementary table 2). PLR was associated with a comorbidity (overweight; $p=0.046$) (Table 2, Supplementary table 3). In addition, MLR (>0.25) showed an association with alcoholism ($p=0.043$). Regarding pharmacotherapy, hydroxychloroquine presented an association with medium MLR levels ($p=0.041$) (Table 2, Supplementary table 4). Notably, we observed differences between post-COVID months, PLR and SII. Higher levels of PLR were associated ($p=0.026$) with fewer months after COVID infection (8.47 ± 6.67 , 11.94 ± 5.84 , 14.00 ± 4.80 for high, medium, and low levels; respectively). Likewise, SII had associations ($p=0.031$) with post-COVID months (9.47 ± 7.04 , 10.35 ± 6.11 , 14.59 ± 3.92 for high, medium, and low levels; respectively). Nonetheless, we did not observed association between post-COVID months and NLR ($p=0.092$) and MLR ($p=0.507$).

Discussion

In this study we observed a high frequency of anxiety and depression in healthcare workers with post COVID-19 condition. However, no association between hematological inflammatory markers and depression, anxiety was found. Recent literature reports the presence of anxiety, depression, posttraumatic stress symptoms and sleep disturbance after acute SARS-COV2. During the COVID-19 pandemic, general population and healthcare personnel has presented a higher risk of anxiety and mood disorders²². However, after acute infection the cases reported with depression were 44%, and 15% after 3 or more months after infection²³.

In recently publication, no-association between anxiety, depression, and hematological inflammatory markers was reported. The authors suggest that psychological factors should be taken into consideration and analyzed while determining associations between hematological inflammatory indexes and psychiatric disorders; this

Supplementary **Table 4.** MLR with depression, anxiety, and clinical features in post-COVID-19 Mexican health personnel

Variables	MLR tertiles			X ² , p
	Low <0.186; n=17	Medium 0.186-0.249; n=17	High >0.249; n=17	
Depression				
Normal	8 (47.1%)	9 (52.9%)	8 (47.1%)	3.44, 0.752
Mild depression	8 (47.1%)	5 (29.4%)	8 (47.1%)	
Moderate depression	1 (5.9%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	
Severe depression	0 (0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	
Anxiety				
Normal	3 (17.6%)	6 (35.3%)	5 (29.4%)	5.67 0.684
Mild anxiety	10 (58.8%)	9 (52.9%)	10 (58.8%)	
Moderate anxiety	3 (17.6%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	
Severe anxiety	0 (0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	
Very severe anxiety	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (5.9%)	
Comorbidities				
Alcoholism	2 (11.8%)	5 (29.4%)	0 (0%)	6.29, 0.043
Hypertension	1 (5.9%)	4 (23.5%)	6 (35.3%)	
Overweight	6 (35.3%)	6 (35.3%)	12 (70.6%)	
Pharmacotherapy				
Hydroxychloroquine	0 (0%)	3 (17.6%)	0 (0%)	6.38, 0.041
Symptoms				
Sudden onset	6 (35.3%)	5 (29.4%)	8 (47.1%)	1.17, 0.556
Rhinorrhea	5 (29.4%)	9 (52.9%)	9 (52.9%)	
Abdominal pain	0 (0%)	4 (23.5%)	4 (23.5%)	
Arthralgia	10 (58.8%)	9 (52.9%)	7 (41.2%)	

Source: Authors' own elaboration from the study survey

Abbreviations: x2, Chi-square test; MLR, monocyte-lymphocyte ratio; p ≤ 0.05

inflammation may represent the severity of the condition, this indirectly affects depression and anxiety.⁽²⁴⁾²⁴ Our main finding was the presence of mild anxiety (54.9%) and mild depression (41.2%), suggesting that due to the severity of these symptoms the lack of association with inflammation markers was found. In accordance with Swami, *et al* (2022), the authors reported no-association of inflammatory biomarkers with depression, anxiety and stress scores in the subjects post-COVID-19 condition²⁴.

In contrast to our results, existing data have shown that hematologic inflammatory markers are associated with psychiatric symptoms, these studies were performed with baseline data of hematological inflammatory markers. Besides, changes in SII influence the depressive symptoms¹⁷. Existing data reported depressive and anxiety symptoms post-COVID-19^{25,26}. However, there is a wide variation of depression and anxiety data between studies (5.8%⁴, 37%²⁷, and 91.2%²⁵). Li *et al.*, (2022) demonstrated higher scores of anxiety and depression symptoms in females²⁸. In that respect, we observed in our population the presence of

anxiety (72.5%) and depression (51%). Current guidelines suggest that the frequency of sequelae is higher in women than in men. Besides, a study reported that non-hospitalized patients who attended a neuro-COVID-19 clinic: 70% of patients were women with neurological symptoms with more than 6 weeks after COVID-19. Similarly, another study reported depressive symptoms between 11% and 28% 3 months after acute infection²⁹. Existing reports suggest that people affected by COVID-19 with mild symptoms, medical care at home, and without direct medical observation, could have implications for mental health in the post-COVID-19 condition³⁰. Besides, Damiano *et al.*, (2022) suggest that all post-COVID-19 patients require psychiatric screening regardless of COVID severity⁹.

The mechanism that relates psychiatric disorders after acute COVID-19 infection is the immune-inflammatory system disruption. Furthermore, pandemic related psychological stressor (social isolation), previous psychiatric history, and persistent psychological distress throughout the acute SARS-COV2 infection could influence the risk of mixed emotional

disorders in post-COVID-19 condition³¹. Moreover, neuroinflammation could be mechanism to explore in healthcare personnel in post-COVID-19 condition. We found inflammatory maker associations with PLR and SII; these results point that PLR and SII could be used as novel inflammatory biomarkers to predict the severity of disease in obese and overweight healthcare personnel post-COVID-19 condition. We observed an association of inflammatory markers with some comorbidities (SII with hypertension; PLR, and MLR with overweight). The literature proves the positively correlation between SII and PLR with mortality in COVID-19^{32,33}. Besides, higher levels of SII were reported in hospitalized patients with COVID-19, and PLR with higher values in obese and morbid obese people³⁴. According to this, the Mexican population is well characterized by overweight and obesity.

We acknowledge the limitations in our study, we included a small sample of healthcare personnel with post-COVID-19 condition, it represents a non-probabilistic sample. Besides, only one subject required hospitalization, and we have no data available regarding the hematological baseline markers to evaluate inflammatory differences. We considered that healthcare personnel suffered high stress levels during the pandemic, this factor could lead to unknown or undiagnosed psychiatric condition. Not only we could not gather information of occupational stress throughout the pandemic, but also it could represent a bias of mixed emotional disorders not associated with COVID-19. Finally, we did not perform a multivariate logistic regression to discard confounders. We suggest a larger sample and comparisons between non-hospitalized and hospitalized healthcare personnel, as well as a multivariate analysis to demonstrate associations or correlations between hematological markers and neuropsychiatric symptoms.

Conclusion

In our study, we observed anxiety and depression in post-COVID-19 condition. In addition, anxiety was more frequent in female healthcare personnel. However, we did not observe an association between inflammatory markers (NLR, PLR, MLR, and SII) with anxiety and depression in health personnel post-COVID-19. The need for further research into the management of post-COVID-19 condition in healthcare professionals and the general population has been suggested by several researchers. These require the implementation of timely identification of affected people, physical rehabilitation, and mental health support services, for the well-being of the population with the effects of COVID-19. We suggest follow-up assessments in healthcare personnel with post-COVID-19 condition, to evaluate if anxiety and depression symptoms persist.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest to declare.

Ethical consideration

This study was approved by the ethics committee of the Mental Health Regional High Specialty Hospital (HRAESM/DG/UEI/467/2021), and we followed the Official Mexican Standard NOM-012-SSA3-2012 guidelines, and Helsinki's Declaration of Ethical principles.

Contributions of the authors

Conceptualization: J.J.M.M., M.V.S.; Data curation: C,Y.A.G., R.E.S.R., G.A.N.R.; Formal analysis: G.A.N.R., J.J.M.M.; Acquisition Financing: M.V.S.; Investigation: C,Y.A.G., D.R.R., R.E.S.R.; Methodology: G.A.N.R., J.J.M.M.; Project administration: M.V.S.; Resources: M.V.S.; Software: G.A.N.R., J.J.M.M.; Supervision: J.J.M.M., M.V.S.; Validation: J.J.M.M., M.V.S.; Visualization: D.R.R., G.A.N.R.; Editorial – Original draft: C,Y.A.G., R.E.S.R.; Writing: review and editing: D.R.R., G.A.N.R., J.J.M.M., M.V.S.

Financing

The authors declare no financial or proprietary interests in any material discussed in this article.

References

1. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021;398(10312):1700-12 doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
2. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2021;1486(1):90-111 doi:10.1111/nyas.14506
3. Zhu C, Zhang T, Li Q, Chen X, Wang K. Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic: Epidemiology, Mechanism, and Treatment. *Neurosci Bull*. 2023;39(4):675-84 doi:10.1007/s12264-022-00970-2
4. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):130-40 doi:10.1016/S2215-0366(20)30462-4

5. Chevinsky JR, Tao G, Lavery AM, Kukielka EA, Click ES, Malec D, et al. Late Conditions Diagnosed 1-4 Months Following an Initial Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Encounter: A Matched-Cohort Study Using Inpatient and Outpatient Administrative Data-United States, 1 March-30 June 2020. *Clin Infect Dis.* 2021;73(Suppl 1):S5-s16 doi:10.1093/cid/ciab338
6. Jung YH, Ha EH, Park J, Choe KW, Lee WJ, Jo DH. Neurological and Psychiatric Manifestations of Post-COVID-19 Conditions. *J Korean Med Sci.* 2023;38(11):e83 doi:10.3346/jkms.2023.38.e83
7. Takao M, Ohira M. Neurological post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2023;77(2):72-83 doi:10.1111/pcn.13481
8. Khatun K, Farhana N. Assessment of Level of Depression and Associated Factors among COVID-19-Recovered Patients: a Cross-Sectional Study. *Microbiol Spectr.* 2023;11(2):e0465122 doi:10.1128/spectrum.04651-22
9. Damiano RF, Caruso MJG, Cincoto AV, de Almeida Rocca CC, de Pádua Serafim A, Bacchi P, et al. Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;75:38-45 doi:10.1016/j.genhosppsych.2022.01.002
10. Mastroso I, Del Duca G, Pinnetti C, Lorenzini P, Vergori A, Brita AC, et al. What is the impact of post-COVID-19 syndrome on health-related quality of life and associated factors: a cross-sectional analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2023;21(1):28 doi:10.1186/s12955-023-02107-z
11. Montani D, Savale L, Noel N, Meyrignac O, Colle R, Gasnier M, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Eur Respir Rev.* 2022;31(163) doi:10.1183/16000617.0185-2021
12. NICE. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 Great Britain: National Institute for Health and Care Excellence; 2021 [updated 11 NOVEMBER 2021]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
13. Zakia H, Pradana K, Iskandar S. Risk factors for psychiatric symptoms in patients with long COVID: A systematic review. *PLoS One.* 2023;18(4):e0284075 doi:10.1371/journal.pone.0284075
14. Robinson-Agramonte MA, Gonçalves CA, Noris-García E, Préndes Rivero N, Brigida AL, Schultz S, et al. Impact of SARS-CoV-2 on neuropsychiatric disorders. *World J Psychiatry.* 2021;11(7):347-54 doi:10.5498/wjp.v11.i7.347
15. Efstathiou V, Stefanou MI, Demetriou M, Siafakas N, Makris M, Tsivgoulis G, et al. Long COVID and neuropsychiatric manifestations (Review). *Exp Ther Med.* 2022;23(5):363 doi:10.3892/etm.2022.11290
16. Yuan N, Chen Y, Xia Y, Dai J, Liu C. Inflammation-related biomarkers in major psychiatric disorders: a cross-disorder assessment of reproducibility and specificity in 43 meta-analyses. *Transl Psychiatry.* 2019;9(1):233 doi:10.1038/s41398-019-0570-y
17. Mazza MG, Palladini M, De Lorenzo R, Magnaghi C, Poletti S, Furlan R, et al. Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up. *Brain Behav Immun.* 2021;94:138-47 doi:10.1016/j.bbi.2021.02.021
18. Farias JP, Silva P, Codes L, Vinhaes D, Amorim AP, D'Oliveira RC, et al. Leukocyte ratios are useful early predictors for adverse outcomes of COVID-19 infection. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2022;64:e73 doi:10.1590/s1678-9946202264073
19. Yılmaz A, Taşkın Ö, Demir U, Soyulu VG. Predictive Role of Biomarkers in COVID-19 Mortality. *Cureus.* 2023;15(1):e34173 doi:10.7759/cureus.34173
20. Gutiérrez-Pérez IA, Buendía-Roldán I, Pérez-Rubio G, Chávez-Galán L, Hernández-Zenteno RJ, Aguilar-Duran H, et al. Outcome predictors in COVID-19: An analysis of emergent systemic inflammation indices in Mexican population. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:1000147 doi:10.3389/fmed.2022.1000147
21. CDC. Acerca del índice de masa corporal para adultos USA2023 [updated 29 AUGUST 2022]. Available from: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
22. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:91-8 doi:10.1016/j.jad.2020.11.117
23. Mazza MG, Palladini M, Villa G, Agnoletto E, Harrington Y, Vai B, et al. Prevalence of depression in SARS-CoV-2 infected patients: An umbrella review of meta-analyses. *Gen Hosp Psychiatry.* 2023;80:17-25 doi:10.1016/j.genhosppsych.2022.12.002

24. Swami MK, Mahal P, Arora IK, Mishra VC, Panda TK, Nebhinani N, et al. Psychiatric morbidity among patients attending the post-COVID clinic and its association with hematological inflammatory markers. *Asian J Psychiatr*. 2022;78:103293 doi:10.1016/j.ajp.2022.103293
25. Ahmad SJ, Feigen CM, Vazquez JP, Kobets AJ, Altschul DJ. Neurological Sequelae of COVID-19. *J Integr Neurosci*. 2022;21(3):77 doi:10.31083/j.jin2103077
26. Woodward SF, Bari S, Vike N, Lalvani S, Stetsiv K, Kim BW, et al. Anxiety, Post-COVID-19 Syndrome-Related Depression, and Suicidal Thoughts and Behaviors in COVID-19 Survivors: Cross-sectional Study. *JMIR Form Res*. 2022;6(10):e36656 doi:10.2196/36656
27. Bolattürk Ö F, Soylu AC. Evaluation of cognitive, mental, and sleep patterns of post-acute COVID-19 patients and their correlation with thorax CT. *Acta Neurol Belg*. 2023;123(3):1089-93 doi:10.1007/s13760-022-02001-3
28. Li Z, Li J, Li Y, Tian F, Huang J, Wang Z, et al. Anxiety and depression in the post-pandemic era: concerns about viral mutation and re-outbreak. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):678 doi:10.1186/s12888-022-04307-1
29. Magdy R, Elmazny A, Soliman SH, Elsebaie EH, Ali SH, Abdel Fattah AM, et al. Post-COVID-19 neuropsychiatric manifestations among COVID-19 survivors suffering from migraine: a case-control study. *J Headache Pain*. 2022;23(1):101 doi:10.1186/s10194-022-01468-y
30. Cecchetti G, Agosta F, Canu E, Basaia S, Barbieri A, Cardamone R, et al. Cognitive, EEG, and MRI features of COVID-19 survivors: a 10-month study. *J Neurol*. 2022;269(7):3400-12 doi:10.1007/s00415-022-11047-5
31. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020;87:34-9 doi:10.1016/j.bbi.2020.04.027
32. Karaaslan T, Karaaslan E. Predictive Value of Systemic Immune-inflammation Index in Determining Mortality in COVID-19 Patients. *J Crit Care Med (Targu Mures)*. 2022;8(3):156-64 doi:10.2478/jccm-2022-0013
33. Xue G, Gan X, Wu Z, Xie D, Xiong Y, Hua L, et al. Novel serological biomarkers for inflammation in predicting disease severity in patients with COVID-19. *Int Immunopharmacol*. 2020;89(Pt A):107065 doi:10.1016/j.intimp.2020.107065
34. Erdal E, İnanir M. Platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) and Plateletricit (PCT) in young patients with morbid obesity. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2019;65(9):1182-7 doi:10.1590/1806-9282.65.9.1182

Violencia en las relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios de enfermería

Dating relationship violence in university nursing students

Leticia Cortaza-Ramírez¹,  María de los Ángeles Torres-Lagunas²,  Elsy Guadalupe Vega-Morales³, 
Marcos André-Matos⁴,  Alejandra Hermida-Flores⁵ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5663

Artículo Original

• Fecha de recibido: 19 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 20 de octubre de 2023 • Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2023

Autor de correspondencia

Leticia Cortaza Ramírez. Dirección postal: Atenas y Managua S/N,
Col. Nueva Mina C.P. 96760 Minatitlán, Veracruz, México.
Correo electrónico: lcortaza@uv.mx

Resumen

Objetivo: Identificar la percepción de violencia en las relaciones de noviazgo en estudiantes de enfermería de una Universidad Pública de Minatitlán, Veracruz México.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y correlacional, la muestra fueron 182 estudiantes de enfermería inscritos en una universidad pública, de Minatitlán, Veracruz, México. El muestreo fue aleatorio simple. Se utilizó el Cuestionario de Violencia en las Relaciones de Parejas jóvenes (VIREPA), integrado por 20 ítems con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta y preguntas sociodemográficas.

Resultados: El 26.9% de los estudiantes indicó maltrato en sus relaciones pasadas y 3.8% maltrato en su relación actual. Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, en el maltrato emocional ($z=-2.248$, $p=0.004$) y el control social y económico ($z=-2.681$, $p=0.002$) con datos más elevados en los hombres. La edad del participante y la edad de la pareja se relacionó con el maltrato emocional, físico y psicológico y la desvalorización personal ($p<0.05$).

Conclusiones: Los estudiantes universitarios de enfermería, han percibido experiencias de violencia durante sus relaciones de noviazgo, conducta que puede pasar desapercibida tanto para el perpetrador como para la víctima, por lo que se considera relevante el diseño de programas de prevención de la violencia en los contextos universitarios, dirigidos a identificar la violencia y su impacto en el estudiante, que aporte conocimiento y dé oportunidad para identificar cuando están viviendo una situación violenta dentro de sus relaciones de noviazgo.

Palabras clave: Violencia; Percepción; Estudiantes; Enfermería.

Abstract

Objective: To identify the perception of violence in dating relationships in nursing students of a public university in Minatitlán, Veracruz, Mexico.

Methodology: Descriptive, cross-sectional and correlational study, the sample consisted of 182 nursing students enrolled in a public university in Minatitlán, Veracruz, Mexico. The sampling was simple random. The Violence in Young Partner Relationships Questionnaire (VIREPA) was used, composed of 20 items with a Likert-type scale with 5 response options and sociodemographic questions.

Results: 26.9% of the students indicated abuse in their past relationships and 3.8% indicated abuse in their current relationship. Differences between males and females were found in emotional abuse ($z=-2.248$, $p=.004$) and social and economic control ($z=-2.681$, $p=.002$) with higher data in males. Participant's age and partner's age was related to emotional, physical and psychological mistreatment and personal devaluation ($p<.05$).

Conclusions: University nursing students, have perceived experiences of violence during their dating relationships, behavior that can go unnoticed by both the perpetrator and the victim, so it is considered relevant the design of violence prevention programs in university contexts, aimed at identifying violence and its impact on the student, which provides knowledge and opportunity to identify when they are living a violent situation within their dating relationships.

Keywords: Violence; Perception; Students; Nursing.

¹ Doctora en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Campus Minatitlán, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Carrera Titular "B" de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería. Coordinadora Estatal del Modelo de Cuidado de Enfermería de los Servicios de Salud de Mérida, Yucatán, México.

⁴ Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás. Goiânia, Goiás. Brasil.

⁵ Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Campus Minatitlán, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.



Introducción

La violencia perpetrada por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer, se puede presentar de diferentes formas, en diversos contextos y ocurrir durante el inicio de una relación de pareja o después de varios años de convivencia^{1,2}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona, que más de 736 millones de mujeres de 161 países, de diversas culturas, áreas geográficas, urbanas y provinciales, han sufrido violencia física, sexual o actos de violencia emocional realizada por su pareja³. Sin embargo, estos datos muestran solo la violencia dentro de parejas formales, pero no la violencia ejercida en las relaciones de noviazgo en parejas jóvenes, conducta que por lo regular no es cuantificada y constituye actualmente un problema de salud pública en diversos países y culturas del mundo⁴.

La violencia en el noviazgo es considerada como toda acción realizada con el fin de crear miedo, control o manipulación, que puede provocar daños psicológicos, físicos y sexuales en parejas jóvenes con una frecuencia superior a la registrada en parejas adultas, pero generalmente de menor gravedad⁵.

Se conoce que por sí misma, la relación de noviazgo tiene cierta complejidad debido a que las personas desean agradarse y pasar tiempo juntos. Donde suelen mezclarse dominios como parte de las reglas que puede imponer la pareja^{6,2}. De tal forma que, cuando la conducta violenta inicia durante la relación, es difícil de detectar, pues no se visualiza que dentro de una etapa de enamoramiento pueda generarse violencia. Por esta razón, esta conducta no es percibida por las víctimas ni por los agresores como violencia, normalizando este tipo de relacionamiento⁷.

Algunos estudios indican que, cuando los jóvenes se encuentran expuestos en relaciones familiares violentas, pueden llegar a normalizar y justificar esta conducta, por lo que no logran percibirla como tal; señalan, además, que las agresiones durante el noviazgo son mayores entre las personas que han tenido algún caso de violencia de género, y las formas que más identifican son la violencia psicológica y la física^{8,9,10}.

De igual forma, señalan, que las creencias que los jóvenes poseen con respecto al uso de la violencia dentro de las relaciones de pareja, los lleva a presentar más fácilmente esta conducta; justificando que se encuentra asociada con las creencias de los roles de género que poseen¹¹.

Otras investigaciones realizadas en contextos estudiantiles indican que la violencia, ejercida por la pareja contra la mujer adolescente, constituye un instrumento de opresión

que opera como una medida de control para establecer y afianzar la dominación masculina. Sin embargo, mencionan que, si bien la violencia física es ejercida mayormente por los hombres, también se atribuye a las mujeres un tipo de violencia que es la emocional. Indicando que los motivos y fines de la violencia son distintos para ambos géneros, predominando la intención de controlar y dominar, como respuesta o defensa propia^{12,13,14}.

La violencia en la etapa de noviazgo afecta de manera directa en el desarrollo de la personalidad, llevando a los jóvenes a presentar alteraciones como depresión, ansiedad y baja autoestima, ocasionando en algunos casos bajo rendimiento académico o el abandono de los estudios^{15,7}.

En México, estudios revelan que la mayoría de los estudiantes han vivido algún tipo de violencia, destacando que la violencia emocional es la que prevalece en las relaciones de noviazgo, pero también reportan casos de violencia física y sexual con mayor proporción en las mujeres^{16,17,18}. Al respecto, la Encuesta Mexicana realizada en jóvenes publicada en 2019, muestra que la experiencia más frecuente de maltrato físico ocurre con amigos y en las relaciones de pareja¹⁰.

Como se ha contextualizado, la violencia en las relaciones de noviazgo es un problema que se encuentra presente en la vida de muchos jóvenes, en quienes puede generar un impacto en su salud mental, produciendo elevados niveles de estrés y sufrimiento para quien la padece, dejando en ocasiones secuelas físicas y psicoemocionales. Conducta que puede impactar el desarrollo académico de los estudiantes, impidiendo en muchas ocasiones concluir su formación universitaria.

De tal manera, que el estudio en las relaciones de noviazgo se considera importante desde dos vertientes: la primera, para lograr la comprensión del fenómeno de la violencia en relaciones de parejas jóvenes; y la segunda para generar estrategias de afrontamiento, encaminadas a la prevención de este problema de salud dentro de los contextos universitarios.

Cabe mencionar que estudios actuales señalan que los enfermeros, son los profesionales de la salud que más sufren violencia laboral, y los estudiantes de enfermería frecuentemente están expuestos a experimentar algún tipo de violencia durante las prácticas clínicas^{14,19,20}. Sin embargo, existe poca evidencia sobre la violencia en las relaciones de pareja en la etapa universitaria, ratificando la pertinencia de este estudio.

Así mismo, se considera que la identificación temprana del fenómeno de la violencia permitirá la implementación de

políticas preventivas durante la formación universitaria y en el lugar de trabajo.

Por lo antes expuesto el objetivo de esta investigación fue identificar la violencia en las relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios de enfermería de una Universidad Pública de Minatitlán, Veracruz México.

Materiales y métodos

El estudio tuvo un abordaje cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional. La población fueron 343 estudiantes de enfermería de una universidad pública de la ciudad de Minatitlán en el estado de Veracruz México, inscritos en el período 2021-2022. La muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza de 95%, con un margen de error del 5% y quedó integrada por $n=182$ estudiantes, que representan el 53.06% de la población. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante de enfermería, estar inscritos en el ciclo escolar, de cualquier sexo u orientación sexual, que indicaran tener una relación actual o haber tenido una relación de pareja en el último año y que aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron a los participantes que no contestaron de forma completa los instrumentos.

La información fue recolectada con dos instrumentos; el primero, indagó características sociodemográficas como edad, sexo, semestre que cursaba, relación sentimental actual, edad y sexo de la pareja, percepción de maltrato en la relación actual y en el pasado. El segundo instrumento fue el Cuestionario de Violencia en las Relaciones de Parejas jóvenes (VIREPA), integrado por 20 ítems con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1 nunca, 2 alguna vez [1 a 2], 3 muchas veces [3 a 5], casi siempre [6 o más] y 5 siempre). Está compuesto por 5 dimensiones: 1 Maltrato emocional, 2 maltrato físico y psicológico, 3 desvalorización personal, 4 control social y económico y 5 abuso sexual⁵. La escala ha sido utilizada con población de habla hispana reportando una confiabilidad de 0.93. En este estudio el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach para la escala total fue de 0.90.

La recolección de los datos inició dando una explicación a los estudiantes seleccionados, donde se daba a conocer el objetivo de la investigación y se enfatizó que su participación sería anónima, cuando aceptaban participar se les entregaba el consentimiento informado para su firma y posteriormente el cuestionario VIREPA. En el aspecto ético el estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México²¹. La recolección de la información fue autorizada por los directivos de la institución educativa

donde se realizó la investigación. En el caso de los estudiantes menores de edad se envió un consentimiento informado a su tutor o tutora para que diera su autorización. La información fue recolectada durante tres semanas en los meses de marzo y abril de 2022.

Los datos recolectados fueron analizados en el paquete estadístico Statistic Package for the Social Science (SPSS) Versión 25, se realizaron pruebas estadísticas descriptivas para las variables sociodemográficas y se utilizó la prueba Kolmogorov Smirnov para verificar la normalidad de la variable violencia, la cual no mostró una distribución normal, por lo que se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los tipos de violencia de acuerdo al sexo. El coeficiente de correlación de Spearman se utilizó para correlacionar las variables edad, edad de la pareja, tiempo de relación y los tipos de violencia.

Los resultados con un valor de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados

Participaron 182 estudiantes de enfermería, 146 mujeres (80.2%) y 36 hombres (19.8%), con un rango de edad entre 17 y 31 años y una media de 20.02. Además, 58.8% refiere haber tenido una pareja sentimental en el último año, 43.4% indican que se encuentran actualmente en una relación y 7.14% mantiene una relación con personas de su mismo sexo.

En un primer momento se realizaron dos preguntas abiertas que indagaron si desde su perspectiva habían sufrido algún tipo de violencia, encontrando que 26.9% de los jóvenes indicó percibir violencia en sus relaciones pasadas y 3.8% lo reportó en su relación actual.

La Tabla 1 muestra la frecuencia con la que perciben la violencia, y se observa que la mayoría de los participantes ha experimentado algunas veces algún tipo de violencia ejercida por su pareja; se enfatiza, que, aunque el porcentaje es mínimo, hay jóvenes que refieren haber vivido muchas veces o casi siempre violencia en sus relaciones de noviazgo.

Tabla 1. Frecuencia de violencia en las relaciones de noviazgo en los estudiantes de enfermería.

Frecuencia de Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Sin Violencia	73	40.1
Algunas veces	103	56.6
Muchas Veces	5	2.7
Casi siempre	1	0.5

Fuente: Elaboración propia

Al comparar el tipo de violencia percibida de acuerdo con el sexo, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuatro de los cinco tipos de violencia analizados, con puntuaciones más elevadas en el maltrato emocional ($z=-2.248$, $p=0.004$), desvalorización personal ($z=-3.096$, $p=0.003$) y el control social y económico ($z=-2.681$, $p=0.002$) en los hombres que en las mujeres (Tabla 2).

Sobre la violencia vivida en las relaciones presentes y pasadas, se encontraron medias más elevadas en los estudiantes que han sufrido violencia en sus relaciones pasadas ($p<0.01$) en las 5 dimensiones analizadas (Tabla 3).

La Tabla 4 muestra la relación de los tipos de violencia con la edad del participante, edad de la pareja y tiempo de relación, observando que la edad es un indicador importante en este grupo, debido a que se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad de los jóvenes, edad de la pareja con el maltrato emocional, maltrato físico y psicológico y la desvalorización personal ($p<0.05$). La edad de la pareja se encontró relacionada con el tiempo de relación, el maltrato físico y psicológico, el control social y económico, así como con el abuso sexual ($p<0.05$). El tiempo de relación se encontró relacionado con el maltrato emocional, maltrato físico y psicológico y el abuso sexual ($p<0.05$). El puntaje total de la escala de violencia mostró relación con la edad del participante como con la edad de la pareja ($p<0.05$).

Tabla 2. Tipos de violencia percibida en las relaciones de noviazgo de acuerdo con el sexo de los estudiantes de enfermería.

Tipo de Violencia	Hombre (n=36)			Mujer (n=146)			U	z	p
	\bar{X}	DE	Md	\bar{X}	DE	Md			
Maltrato emocional	6.31	2.692	5	5.40	2.255	4	2038.5	-2.248	.004*
Maltrato físico y psicológico	6.36	2.113	5	5.58	1.639	5	1961	-2.942	.025*
Desvalorización personal	4.92	1.360	4	4.48	1.537	4	1987.5	-3.096	.003*
Control social y económico	6.53	2.184	6	5.84	1.838	5	1982	-2.681	.002*
Abuso sexual	2.11	0.398	2	2.18	0.685	2	2605	-.165	.007

Nota: Prueba U de Mann-Whitney
Significancia estadística a partir de * $p<0.05$
Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Violencia presente y pasada en las relaciones de noviazgo de los estudiantes de enfermería.

Tipo de Violencia	Violencia en el pasado						U	z	p
	Sí			No					
	\bar{X}	DE	Md	\bar{X}	DE	Md			
Maltrato emocional	7.22	2.960	7	4.98	1.769	4	1646	-5.523	.000**
Maltrato físico y psicológico	6.88	2.870	6	5.32	.782	5	1891.5	-5.415	.000**
Desvalorización personal	5.45	2.517	4	4.24	.653	4	2255.5	-4.354	.000**
Control social y económico	7.24	2.898	6	5.50	1.098	5	1794.5	-5.456	.000**
Abuso sexual	2.49	1.082	2	2.05	0.284	2	2638	-4.005	.000**

Nota: Prueba U de Mann-Whitney
Significancia estadística a partir de ** $p<.01$
Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Correlación de Spearman de las variables edad, edad de la pareja, tiempo de relación y los tipos de violencia de los estudiantes de enfermería.

	1	2	3
Edad	1		
Edad de la pareja	.176*	1	
Tiempo de relación de pareja	.125	.912**	1
Maltrato emocional	.163*	-.188	-.197**
Maltrato físico y psicológico	.184*	-.158*	-.167*
Desvalorización personal	.200**	-.134	-.104
Control social y económico	.076	-.157*	-.122
Abuso sexual	.056	-.160*	-.157*
Puntaje total de violencia	.177*	-.168*	-.157

Nota: Significancia estadística a partir de * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Identificar la violencia en las relaciones de noviazgo en parejas jóvenes, es un proceso que resulta importante, debido a que este fenómeno puede manifestarse dentro de las relaciones sin que los jóvenes puedan llegar a percibirlo. Un importante estudio multicéntrico identificó que, entre los estudiantes del área de la salud, los enfermeros tenían mayor prevalencia de violencia, anclada en el modelo tradicional de roles de género²².

La violencia vivida por estudiantes de enfermería es aún poco investigada a nivel mundial, reproduciendo un imaginario de que tales profesionales serían “inmunes” por su condición de género, constituyendo un vacío de conocimiento en el país. Al respecto, los hallazgos de este estudio muestran que la mayoría de los estudiantes percibieron algún tipo de violencia, tanto en sus relaciones de noviazgo pasadas (26.9%) como en las actuales (3.8%), resultado superior a lo reportado por estudios realizados en universitarios colombianos y ecuatorianos quienes indicaron que nunca habían sufrido algún tipo de violencia^{13,23}.

Sin embargo, este mismo resultado es menor a lo reportado por estudios realizados en estudiantes mexicanos, donde la mayoría de los jóvenes indicó haber sido víctima de por lo menos un indicador de violencia en algún momento de la relación de noviazgo^{16,17}. Hallazgo que coloca a la mayoría de los participantes de esta investigación, en riesgo de presentar alguna alteración de salud mental derivada de la violencia a la cual pueden estar expuestos en sus relaciones de noviazgo, dato que puede afectar su avance académico, si continúan con exposición a este tipo de conductas. Además, dentro del contexto disciplinar, el conocimiento de las enfermeras sobre cómo apoyar a las personas que sufren violencia doméstica y familiar aún es limitado, particularmente cuando ya han sido víctimas de violencia²².

Cabe mencionar, que las experiencias de violencia vividas en las relaciones amorosas producen efectos negativos y significativos en la salud a corto y largo plazo, con repercusiones que pueden llegar a ser costosas para el sistema de salud.

En lo que respecta a la violencia percibida de acuerdo con el sexo, se encontró **mayor maltrato emocional**, control social y económico en los hombres que, en las mujeres, resultado diferente a lo reportado por estudios^{12,13}, quienes documentaron que fueron las parejas masculinas los que perpetraron la violencia contra las mujeres, mencionando que los hombres tienden a ejercer más violencia física que las mujeres. Sin embargo, este resultado coincide con un estudio realizado en Yucatán, México, que señala a las mujeres como las que realizan **más violencia física hacia sus parejas**²⁴. Otros hallazgos mencionan que ambos sexos son victimizados en las relaciones de noviazgo, señalando a los hombres como los que experimentaron mayor victimización que las mujeres¹⁸.

Cabe señalar que los fines de ejercer la violencia son diferentes tanto en hombres como en mujeres, llegando a ejercerla como una posible respuesta o defensa propia con la intención de controlar o dominar a la pareja¹². Al respecto, nuestro estudio encontró que los hombres presentaron mayores niveles de violencia en cuatro de los cinco tipos analizados. Sin embargo, el hallazgo merece ser mejor evaluado ya que el 7.14% mantiene una relación con personas del mismo sexo, por tanto, pueden ser más vulnerables a la violencia teniendo en cuenta su identidad de género².

Se considera importante mencionar que los jóvenes que refirieron violencia en sus relaciones de noviazgo pasadas, son los que presentan mayores puntuaciones de violencia en las dimensiones analizadas, resultado similar a lo expuesto por investigaciones quienes enfatizan que los jóvenes que han sido expuestos a diferentes formas de agresión, en comparación con las que no, son los que ejercen mayor violencia en sus relaciones de pareja^{6,8}.

De tal manera que, las personas que han estado expuestas a algún tipo de agresión ya sea física o psicológica, sufren más violencia en sus relaciones de noviazgo, colocando a esta vivencia como un factor de riesgo que lleve a estos jóvenes a reproducir esta conducta y normalizar ese tipo de relacionamiento, dificultando su visibilización. Por lo que se considera necesario crear políticas públicas con estrategias pedagógicas que comiencen desde la infancia, así como durante la etapa universitaria para que la violencia no sea normalizada y percibida como una forma de demostrar amor, algo ya evidenciado en varios estudios^{19,22}.

Sobre el maltrato físico y psicológico, los resultados indicaron que se encuentra relacionado con la edad del participante, edad de la pareja y el tiempo de relación; similar a lo expresado por estudios realizados en Cuba, donde se destaca que la mayor frecuencia de violencia en la población universitaria fue la violencia psicológica, manifestada principalmente de forma verbal⁹. Cabe señalar, que el maltrato psicológico es un indicador del inicio del ciclo de la violencia, y por ello, deben existir estrategias tempranas en el ámbito académico para que se evite normalizar esta conducta o el surgimiento de otras formas de violencia que puedan poner en peligro la vida de la víctima¹⁴. En el caso de la violencia física, investigaciones reportan que es una de las formas frecuentes de violencia dentro de las relaciones de pareja, ejercida casi siempre por el hombre contra la mujer^{8,13}.

Estos resultados indican que la edad es un factor importante en la generación de algún acto violento con la pareja, patrón que se repite en las relaciones posteriores, considerando que los jóvenes pueden reproducir esta conducta hasta llegar a la vida adulta.

Conclusiones

Ante lo expuesto, se confirma que los estudiantes universitarios que estudian la licenciatura en enfermería y que participaron en esta investigación, han percibido experiencias de violencia, con predominio en los hombres, considerando que es una conducta que puede pasar desapercibida tanto para el perpetrador como para la víctima, razón por la que se considera relevante el diseño de programas de prevención de la violencia en los contextos universitarios, dirigidos a identificar la violencia y su impacto en la persona, que aporte conocimiento y dé oportunidad de identificar cuando están viviendo una situación violenta dentro de sus relaciones de noviazgo.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se incluyen la naturaleza de la recopilación de los datos y la prevalencia puede estar subestimada o sobreestimada. Sin embargo, presenta datos que merecen mayor discusión, en particular los relacionados con una mayor prevalencia de violencia entre los hombres. Nuestros hallazgos destacan la necesidad de una intervención temprana para esta población, vislumbrando el acceso a servicios especializados, en los que existan espacios de diálogo abierto y apoyo para la desconstrucción de la naturalización de la violencia.

Conflicto de Interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Autónoma de México (UNAM), en el acuerdo 166/142/20m y con número de registro 124, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. En el capítulo I y artículos 6, 13, 14, 16, 17, 21 y 36, así como el consentimiento informado que fue entregado y firmado por los participantes.

Contribución de los autores

Conceptualización: L.C.R., M.A.T.L., E.G.V.M.; Curación de datos: L.C.R., A.H.F.; Análisis formal: L.C.R., A.H.F.; Adquisición de Financiamiento: M.A.T.L., E.G.V.M., L.C.R.; Investigación: L.C.R.; Metodología: L.C.R., M.A.T.L.; Administración de proyecto: L.C.R., M.A.T.L., E.G.V.M.; Recursos: M.A.T.L., E.G.V.M., L.C.R.; Software: L.C.R., A.H.F.; Supervisión: L.C.R., M.A.T.L., E.G.V.M., M.A.M.; Validación: L.C.R.; Visualización: L.C.R., M.A.M.; Escritura – Borrador original: L.C.R., M.A.T.L., M.A.M., A.H.F.; Escritura: revisión y edición: L.C.R., M.A.M.

Financiamiento

Investigación financiada por el Programa de Apoyos a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la Investigación No. IN304521, UNAM-DGAPA, ENEO No. 124, titulada: “Intervención educativa para prevenir violencia de género en estudiantes universitarios de enfermería: diseño y evaluación” en Vinculación con la Facultad de Enfermería Campus Minatitlán, Universidad Veracruzana.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La violencia contra las mujeres. [Internet]. Estados Unidos: OMS 2021 [citado 8 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Vyas S, Meinhart M, Troy K, Brumbaum H, Poulton C, Stark L. The Economic Cost of Violence Against Women and Girls in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*. [Internet]. 2023 [citado 8 Jun 2023]; 24(1):44-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15248380211016018>







3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018. [Internet]. Estados Unidos: OMS 2021. [citado 8 Ene 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1>
4. Sardinha L, Maheu GM, Stöckl H, Meyer SR, García MC. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*. [Internet]. 2022 [citado 30 Ene 2023]; 399(10327):803-813. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02664-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02664-7/fulltext)
5. González GG, Soriano DA. Análisis psicométrico de una escala para la detección de la violencia en las relaciones de pareja en jóvenes. *Relieve Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*. [Internet]. 2021 [citado 5 Feb 2023]; 27(1). Disponible en: <http://doi.org/10.30827/relieve.v27i1.21060>
6. Alegría AM, Rodríguez BA. Violencia mutua en el noviazgo: perfil psicosocial víctima-victimario en universitarios. *Psicología y Salud*. [Internet]. 2017 [citado 5 Feb 2023]; 27(2):231-244. Disponible en <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2536/4418>
7. Sánchez PA, Delgado AC, Bosch FE, Ferrer PV. Researching Intimate Partner Violence Against Women (IPVAW): Overcoming Gender Blindness by Improving Methodology in Compliance with Measurement Standards. *Journal of Family Violence*. [Internet] 2023 [citado 15 Ago 2023]; 38(6):1043-1054. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00577-9>
8. Bonilla AE, Rivas RE. Violencia en el noviazgo en estudiantes colombianos: relación con la violencia de género en el entorno. *Interacciones. Interacciones. Revista de Avances en Psicología*. [Internet]. 2019 [citado 3 Jun 2023]; 5(3). Disponible en: <https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.197>
9. Ramos RY, López AL, Suz PM, García RD. Percepción de violencia en el noviazgo: un acercamiento a su análisis en estudiantes de medicina. *MediSur*. [Internet]. 2021 [citado 4 Jun 2023]; 19(1):63-70. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4772>
10. Espinosa BC, Gómez Morin FL, Gómez HM, Lanzagorta BT, Dorantes SD, Ceballos AM, et al. Encuesta de Jóvenes en México 2019. [Internet]. Ciudad de México, México: Observatorio de la Juventud en Iberoamérica. 2019 [citado 5 de Jun 2023]. Primera edición. Disponible en: http://www.voluntarios.cij.gob.mx/src/recursos/publicaciones/Encuesta_de_j%C3%B3venes_en_M%C3%A9xico_2019.pdf
11. Orozco VA, Mercado MM, García LG, Venebra MA, Aguilera RU. Creencias sobre la violencia y sus efectos en la prevalencia de la violencia en el noviazgo. *Acta Colombiana de Psicología*. [Internet]. 2021 [citado 1 Jun 2023]; 24(1):154-166. Disponible en: <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.14>
12. Cubillas MJ, Valdez EA, Domínguez SE. Violencia de género en relaciones de noviazgo de estudiantes universitarios del norte de México. *REencuentro Análisis de Problemas Universitarios*. [Internet]. 2017 [citado 4 Jun 2023]; 28(74):127-148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34056723007>
13. Reina BJ. Victimización y perpetración de violencia en pareja adolescente y redes de apoyo en Colombia. Análisis con perspectiva de género. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*. [Internet]. 2021 [citado 5 Feb 2023]; (32):125-150. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.9590>
14. Pilco GG, Villacrés SA, Lozada RN. Violencia en el noviazgo y creencias irracionales en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. [Internet]. 2023 [citado 20 Jul 2023]; 4(2):2944-2960. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.807>
15. Barrido VN, Ocampo ED. Violencia en el noviazgo en adolescentes. Municipio de Uncía, Región del Norte de Potosí, Bolivia. *Portal de la Ciencia*. [Internet]. 2023 [citado 15 Ago 2023]; 4(1):51-65. Disponible en: <https://doi.org/10.51247/pdlc.v4i1.337>
16. Flores GN, Barreto AM. Violencia en el noviazgo entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México. Un análisis mixto. *RIES Revista Iberoamericana de Educación Superior*. [Internet]. 2018 [citado 15 Jul 2023]; 9(26):42-63. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/iissue.20072872e.2018.26.290>



17. Peña CF, Zamorano GB, Villareal SK, Vargas MJ, Velázquez NY, Hernández RG, et al. Violencia en el noviazgo en jóvenes y adolescentes en la frontera norte de México. *Journal Health NPEPS*. [Internet]. 2018 [citado 20 Jul 2023]; 3(2):426-440. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3117>
18. Rodríguez HR, Riosvelasco ML, Castillo VN. Violencia en el noviazgo, género y apoyo social en jóvenes universitarios. *Escritos de Psicología*. [Internet]. 2018 [citado 3 Jul 2023]; 11(1):1-9. Disponible en: DOI: 10.5231/psy.writ.2018.2203
19. Pérez CE, Delgado DJ, Bueno BC. Violencia percibida por estudiantes mexicanos de Enfermería durante sus prácticas clínicas. *Educación Médica*. [Internet]. 2023 [citado 5 Sep 2023]; 24(3):100800. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100800>
20. Salgado VC, Espinoza AF, Muñoz RD, Ceballos VP. Violencia laboral: una definición desde la disciplina de enfermería. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm*. [Internet]. 2021 [citado 5 Sep 2023]; 11(1): 39-47. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/article/349/violencia-laboral-una-definicion-desde-la-disciplina-de-enfermeria/>
21. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. México: Secretaría de Servicios Parlamentarios; 1987. [citado 20 May 2023]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
22. Freijomil VC, Movilla FM, Coronado C, Seoane PT, Muñoz, J. Gender-based violence attitudes and dating violence experiences of students in nursing and other health sciences: A multicentre cross-sectional study. *Nurse Education Today*. [Internet]. 2022 [citado 1 Jul 2023]; 118(105514):105514. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105514>
23. Garrido AM, Arribas RA, María de Miguel J, García CA. La violencia en las relaciones de pareja de jóvenes: prevalencia, victimización, perpetración y bidireccionalidad. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*. [Internet]. 2020 [citado 7 Jul 2023]; 12(2):8-19. Disponible en: <https://revistalogos.policia.edu.co:8443/index.php/rlct/article/view/1168/1491>
24. Alcalá SX, Cortés AL, Vega CJ. Dependencia emocional y violencia en el noviazgo en estudiantes preuniversitarios. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*. [Internet]. 2021 [citado 4 Oct 2023]; 12 (1):29-45. Disponible en: <https://doi.org/10.29059/rpcc.20210615-129>

Actitudes y comportamientos del personal de enfermería hacia la sexualidad en la vejez

Attitudes and behaviors of nursing professionals' attitudes towards sexuality in old-age

Isaí Arturo Medina-Fernández¹,  Nissa Yaing Torres-Soto², 
José Arturo Medina-Fernández³,  Reyna Torres-Obregón⁴, 
Ana Laura Carrillo-Cervantes⁵,  Adrián Josué Lizcano-Baños⁶ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5659

Artículo Original

• Fecha de recibido: 14 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 8 de noviembre de 2023 • Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2023

Autor de correspondencia

Adrián Josué Lizcano-Baños. Dirección postal: Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.
Av. Isla Cancún 374, CP. 77038 Chetumal, Quintana Roo.
Correo electrónico: adrianlizcano48@gmail.com

Resumen

Objetivo: Determinar las actitudes hacia la vejez y hacia la sexualidad del personal de enfermería que repercute en la sexualidad en la vejez. (sugerencia mejorar la redacción).

Material y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, transversal y explicativo, con una muestra de 305 profesionales de enfermería con una edad promedio de 29 años (DE=7.76), se aplicaron las escalas de sexualidad, actitudes hacia la sexualidad en la vejez y el cuestionario de actitudes a la vejez. El análisis fue con estadística descriptiva e inferencial mediante el SPSS versión 26.

Resultados: Se encontró que las actitudes hacia la sexualidad, así como hacia la vejez repercuten positiva y significativamente en la sexualidad en la vejez en el personal de enfermería encuestado. Así mismo, se encontró diferencia estadísticamente significativa por sexo para las dimensiones hombres ante la sexualidad ($p=.014$) y preocupación sexual ($p=.001$), así como la de estereotipos negativos físicos y conductuales ($p=.037$) con mayores puntuaciones para los hombres ($p<.05$).

Conclusiones: Los aspectos internos, como la edad, la autoestima sexual y las actitudes hacia el envejecimiento, tienen la capacidad de predecir las actitudes hacia la sexualidad en la vejez.

Palabras clave: Actitud; Sexualidad; Personal de enfermería; Envejecimiento.

Abstract

Objective: To determine the intrapersonal factors that predict nursing professional attitudes towards sexuality in old age.

Material and methods: Quantitative, observational, cross-sectional, and explanatory study, with a sample of 305 nursing professionals with a mean age of 29 years ($SD=7.76$), sexuality scales were applied, attitudes towards sexuality in old age and the questionnaire of attitudes to old age. The analysis was with descriptive and inferential statistics using SPSS.

Results: It was found that attitudes towards sexuality, as well as towards old age, have a positive and significant impact on sexuality in old age in the nursing staff surveyed. Likewise, a statistically significant difference was found by sex for the dimensions of men regarding sexuality ($p=.014$) and sexual preoccupation ($p=.000$), as well as that of negative physical and behavioral stereotypes ($p=.037$) with higher scores for men ($p<.05$).

Conclusion: Intrapersonal factors such as age, sexual self-esteem and attitudes towards old age are predictors of attitudes towards sexuality in old age.

Keywords: Attitude, Sexuality, Nursing Staff; Aging.

¹ Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México.

² Doctora en Ciencias Sociales y Doctora en Salud Pública. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Chetumal, Quintana Roo, México.

³ Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Chetumal, Quintana Roo, México.

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México.

⁵ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México.

⁶ Licenciatura en Medicina. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Chetumal, Quintana Roo, México.



Introducción

Con la rápida tendencia de envejecimiento en la población mundial, se presentan nuevas oportunidades para obtener una comprensión más profunda de aspectos relacionados con la etapa posterior de la vida que han permanecido en gran medida inexplorados. Entre estos aspectos se encuentra la sexualidad que se define como un aspecto central que comprende el sexo, identidades de género, roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción; la cual se experimenta y expresa de diversas formas, siendo influenciada por interacciones biopsicosociales, económicas, políticas, religiosas y espirituales^{1,2} cuyas intersecciones con el proceso de envejecimiento han recibido una atención inadecuada hasta la fecha.

La mayoría de las disciplinas no han abordado de manera exhaustiva el estudio de la sexualidad en la vejez, y este campo a menudo se encuentra en la periferia de la investigación científica³. Estrechamente relacionados con la discriminación basada en la edad, existen numerosos mitos que respaldan la falta de consideración hacia la sexualidad en adultos mayores. Estos mitos incluyen la creencia de que, como grupo homogéneo, los adultos mayores son asexuales o carecen de deseo y atractivo sexual⁴, además, se considera que el comportamiento sexual en la vejez es vergonzoso y perverso⁵ e incluso, los medios de comunicación representan a las personas de edad avanzada como desprovistas de energía y atractivo sexual, pero en realidad este grupo social tienen la capacidad de emplear su autonomía y capacidad de adaptación para establecer nuevas normas que fomenten una vida sexual satisfactoria⁶.

Se estima que la población global de personas mayores experimentará un aumento significativo, y gran parte de este incremento ocurrirá en naciones en desarrollo. Esto provocará que la estructura demográfica, en lugar de reflejar una pirámide convencional, se transforme en una pirámide invertida debido al crecimiento de este segmento de la población. México no es ajeno a este cambio, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) la proporción de personas mayores se duplicó, aumentando del 4% en el 1970 al 10% en el 2023⁷.

De igual manera, el maltrato hacia las personas de la tercera edad ha sido un asunto de suma importancia en la sociedad mexicana, manifestándose en diversas maneras, aunque son escasos los estudios que se ocupan de esta cuestión⁸. Estudios realizados hasta la actualidad demuestran que entre 8.1 y 18.6% de la población adulta mayor no institucionalizada sin ningún grado de discapacidad cognitiva ha sido víctima de algún tipo de abuso; cifras que incrementan a medida que los pacientes demuestran dependencia permanente por parte de sus cuidadores (32%) o en quienes son mujeres mayores

que participan en centros de comunidad local (33.4%). Este estado de vulnerabilidad los hace objeto de percepciones de minusvalía con la consideración de que son asexuales⁸.

De manera similar, ocurre lo mismo cuando se trata de la sexualidad ya que, a pesar de ser un aspecto natural en los seres humanos, cuestiones relacionadas con el sexo han sido objeto de desaprobación social o consideradas como temas tabúes en la sociedad⁹. La preponderancia de investigaciones relacionadas con la sexualidad en adultos mayores se había enfocado en la evaluación del impacto fisiológico del proceso de envejecimiento, siguiendo un modelo médico que analizaba los cambios fisiológicos asociados con la edad y su influencia en el ciclo de respuesta sexual de los individuos. Sin embargo, en la actualidad, se ha observado un cambio en el paradigma médico, que ha evolucionado desde un enfoque centrado en disfunciones hacia uno más holístico, de naturaleza biopsicosocial e interpersonal¹⁰.

En una revisión sistemática realizada por Cano *et al.*¹ se examinaron los cambios tanto fisiológicos como psicosociales que inciden en la conducta sexual de adultos mayores. Los resultados de esta revisión revelaron que los participantes experimentaron una disminución en la frecuencia de actividad sexual, la cual se asoció con condiciones fisiológicas como la disfunción eréctil o la menopausia, lo que resultó en una reducción de la libido. Por otro lado, se identificaron influencias sociales que también desempeñaron un papel en estos patrones de comportamiento sexual. Se encontró que las personas con menores ingresos y niveles educativos más bajos experimentaron presiones relacionadas con las expectativas de cumplir con las necesidades sexuales de sus parejas. Asimismo, se observó que las creencias sexuales estaban generalmente influidas por perspectivas religiosas que estigmatizaban las relaciones sexuales, lo que llevaba a una disminución en el deseo sexual y, a su vez, afectaba negativamente el desarrollo de sus relaciones íntimas y su sexualidad.

Desafortunadamente, en la actualidad persisten concepciones erróneas acerca de la asexualidad en adultos mayores, ya que se tiende a considerar este tema como algo exclusivo de la juventud y la adultez temprana o tardía, manteniendo la creencia de que en la vejez las personas no son capaces de mantener relaciones sexuales. Sin embargo, la literatura científica advierte que, durante esta etapa de la vida, las personas todavía experimentan deseos e intereses sexuales hacia sus parejas y disfrutan de mantener una vida sexual activa¹¹. De hecho, la actividad sexual se ha establecido como un indicador de salud en adultos mayores, ya que se relaciona con un mejor estado físico y mental, interacciones sociales satisfactorias y un menor riesgo de enfermedades crónicas, según diversos estudios^{10,12,13}, y recientemente se ha evidenciado que la calidad de vida sexual en adultos mayores

con diversidad sexual se relaciona positivamente con la calidad de vida, bienestar, así como su salud física y mental⁶.

Las actitudes hacia la sexualidad en la práctica de enfermería pueden estar relacionadas con cuestiones como la vergüenza de tratar estos temas con los pacientes, ocasionando falta de acompañamiento y evadiendo la sexualidad como parte integral del cuidado del paciente¹⁴. Hoy en día no existe evidencia empírica sobre el conocimiento y las actitudes de los profesionales de salud sobre la sexualidad de los adultos mayores. Sin embargo, los estereotipos que se han construido en la población no son ajenos al personal de salud y la sexualidad, así como la salud sexual, generalmente son poco tomados en consideración en los servicios de salud¹³. De hecho, que los profesionales de la salud experimentan incomodidad al abordar asuntos vinculados a la salud sexual de la población¹⁵.

Existen pocos estudios empíricos que busquen probar modelos estadísticos entre las actitudes hacia la salud sexual, hacia la vejez y en última instancia, hacia la salud sexual en la vejez. Un estudio realizado por Medina *et al.*¹⁶ evaluó la correlación entre las actitudes hacia la vejez y las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en estudiantes y profesionales de enfermería en el estado de Yucatán. Se observó que no existe correlación entre las actitudes hacia la vejez y la sexualidad en los adultos mayores ($p=0.754$), sin embargo, se encontró que a mayor edad mayor presencia de estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez ($p=0.001$), y a mayor miedo al envejecimiento, menores actitudes negativas hacia la sexualidad ($p=0.022$)¹⁶.

Por otra parte, se han realizado múltiples revisiones sistemáticas que buscan encontrar como las actitudes hacia la vejez y hacia la sexualidad son las que intervienen en la percepción de la sexualidad en la vejez. Por ejemplo, Mahieu *et al.*¹⁷ advierte que las actitudes conservadoras de los proveedores de salud influyen de manera determinante en la sexualidad de los adultos mayores institucionalizados, ya que existe una alta prevalencia de sentimientos de incomodidad y una relación entre la respuesta al comportamiento sexual de los adultos mayores y el nivel intrínseco de comodidad del prestador de servicios sobre la sexualidad en general. Por su parte, Fennell *et al.*¹⁵ señala que cuando el personal de enfermería proporciona educación sobre salud sexual a los adultos mayores, su discurso está influenciado por la falta de conocimiento sobre la salud sexual, sus actitudes y creencias que consideran la salud sexual como un asunto privado y no prioritario, y su nivel de comodidad al tratar temas relacionados con la salud sexual. Por lo anterior expuesto, el presente estudio se planteó como objetivo analizar el efecto del comportamiento sexual y las actitudes hacia la vejez en las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en profesionales de enfermería.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y explicativo. La cantidad de participantes en la muestra se determinó mediante la fórmula para población finita o conocida con una probabilidad de éxito del 95% y un 5% de margen de error, que arrojó una muestra de 305 profesionales de enfermería de una clínica de segundo nivel de atención del norte de México.

Este estudio fue aprobado por un comité de ética en investigación, considerando lo dispuesto por la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, respetándose la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes del estudio a través de la aplicación del consentimiento informado donde se explicó la naturaleza y el propósito de la investigación, así como los riesgos y beneficios que implicaba su participación.

Antes de aplicar los instrumentos, los participantes revisaron y firmaron el consentimiento informado. Luego se procedió con la administración del cuestionario de datos personales, así como la escala corta de sexualidad, seguido de la escala de actitudes de los profesionales de salud hacia la sexualidad en la vejez y por último el cuestionario de actitud hacia la vejez. La recopilación de información se realizó de agosto a diciembre de 2022.

Se aplicó una cédula de datos personales en donde se incluyó la edad, sexo, estado civil, grado académico, el rol de enfermería desempeñado, el nivel de atención en el que labora y el tiempo de antigüedad laboral, a su vez se aplicó la escala corta de sexualidad, la cual evalúa el comportamiento sexual a través de la autoestima sexual, depresión sexual y preocupación. Esta se encuentra constituida por 15 ítems con respuesta de tipo Likert, las cuales van desde 1=*En total desacuerdo* a 5=*Totalmente de acuerdo*, con excepción de los ítems 4,7 y 10 en los que la escala se invierte. Una mayor puntuación indica una mejor percepción de su comportamiento sexual. La versión en español cuenta con alfa de Cronbach de .83 y .87¹⁸.

Por otro lado, se empleó la escala de actitudes de los profesionales de salud hacia la sexualidad en la vejez la cual consta de 18 ítems y se compone de 4 subescalas (deseos sexuales, actitud de hombres antes la sexualidad, mitos hacia la sexualidad y conocimientos de cambios fisiológicos), estas evalúan actitudes positivas y negativas hacia la sexualidad en la vejez. Es una escala de respuesta tipo Likert considerando 1=*totalmente de acuerdo* y 5=*totalmente en desacuerdo*. Una mayor puntuación indica actitudes favorables hacia la sexualidad en la vejez. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .87¹⁹. Así como el Cuestionario de actitud hacia la vejez que está conformado por 21 ítems que están inmersos en

tres subescalas (estereotipos negativos físicos y conductuales de la vejez, miedo al propio envejecimiento, así como miedo al deterioro intelectual y al abandono). Es una escala con respuestas tipo Likert que van desde completamente en desacuerdo (1), hasta completamente de acuerdo (4), en donde a mayor puntuación, mayor actitud negativa hacia la vejez. Cuenta con alfa de Cronbach de .83²⁰.

Para el proceso de análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26, con el propósito de calcular las medidas de tendencia central, de dispersión y variabilidad (valor mínimo y máximo, media aritmética y desviación estándar) así como el alfa de Cronbach de las escalas y las pruebas de asimetría y curtosis para analizar la normalidad de los datos, y se realizó una prueba *t* de Student para comparar por sexo. Posteriormente se empleó el programa estadístico EQS versión 6.1 para probar un Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) que midió el efecto del comportamiento sexual y las actitudes hacia la vejez en las actitudes hacia la sexualidad. Para evaluar la bondad de ajuste del modelo, se emplearon los indicadores de Bondad de Ajuste práctica, estadística y poblacional. En el caso de la Bondad de Ajuste estadística, se utilizó el indicador Chi-Cuadrado (χ^2) el cual establece el nivel de asociación que existe entre variables nominales. Si el modelo hipotético es pertinente, tendrá un valor alto y no significativo ($p > .05$) (62). Permitiendo comparar la eficiencia del modelo teórico en contraste con el saturado que abarca todas las posibles conexiones entre todas las variables demostrado en Grados de Libertad (*g.l.*).

Se esperaba la obtención de valores cercanos a 1.0 por los indicadores prácticos, para considerar al modelo con adecuada Bondad de Ajuste. Siendo ejemplos de dichos indicadores, el Índice Bentler-Bonett de Ajuste Normado (*BBNFI*) y el Índice Bentler-Bonett de Ajuste No Normado (*BBNNFI*) y el Error de Aproximación Cuadrático Medio (*RMSEA*) que es una media absoluta de ajuste poblacional con valor $\leq .09$. Por último, se realizó una prueba *t* de Student, que permitió analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Resultados

El 76.4% de la población en estudio fueron mujeres y el 23.7% hombres, con una edad promedio de 29 años ($DE=7.73$, $Min=18$, $Max=59$). Respecto con el estado civil, el 54.8% son solteros, 30.5% casados, 10.2% viven en unión libre y el 4.6% son divorciados.

De acuerdo con el grado académico, se encontró que la mayoría de los participantes cuentan con licenciatura en enfermería (43.3%), seguido de los técnicos profesionales en enfermería (28.2%), un 23.9% de enfermeros con algún posgrado (especialidad, maestría o doctorado) y en un menor porcentaje

los auxiliares de enfermería con el 4.6%. En cuanto sus características laborales el personal de enfermería ha laborado 6 años ($DE=6.75$, $Min=1$, $Max=32$), se observó que en su mayoría se consideran enfermeros clínicos (69.85%), seguido de enfermeros docentes (9.5%), enfermeros gestores (9.5%), enfermeros comunitarios (8.2%) y enfermeros investigadores (3.6%). Con respecto a las estadísticas univariadas de las escalas aplicadas, se encontraron puntuaciones aceptables para la escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, presentándose la media más alta en la dimensión “*mitos hacia la sexualidad*” con puntuaciones que van del 1 al 4 donde uno significa completamente de acuerdo, y 4 totalmente en desacuerdo, con una media de 3.14 ($DE=.52$); a su vez la dimensión con la media más baja fue la de “*hombres ante la sexualidad*” con una media de 2.51 ($DE=.59$), con puntuaciones que van de 1 (totalmente de acuerdo) a 4 (totalmente en desacuerdo).

La escala de la sexualidad en la vejez presentó adecuada consistencia interna para cada una de sus dimensiones. A su vez, la escala de actitudes ante la sexualidad demostró adecuada consistencia interna para cada una de sus dimensiones, presentando medias más altas para la dimensión “*autoestima sexual*” con una media de 3.05 ($DE=.38$), mientras que la media más baja fue para la dimensión “*preocupación sexual*” con una media de 1.81 ($DE=.87$), con puntuaciones que van del 1= totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo.

Por su parte la escala de actitudes negativas hacia la vejez presentó adecuada consistencia interna para cada una de sus dimensiones; la dimensión con la media más alta se presentó en el factor “*miedo al deterioro intelectual y al abandono*” ($\bar{X}=2.39$, $DE=.64$), mientras que la dimensión con la media más baja fue la de “*estereotipos negativos físicos y conductuales*” con una media de ($\bar{X}=1.69$, $DE=.56$) (Tabla 1).

Prueba *t* Student

Se realizó una prueba *t* Student para muestras independientes con el propósito de comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo. Los resultados muestran que las mujeres presentan medias más altas en la subescala de cambios fisiológicos ($=2.63$, $DE=.534$) respecto a los hombres ($=2.46$, $DE=.555$), $t(303)=2.29$, $p=.023$). En cambio, los hombres puntuaron más alto en las subescalas de hombres ante la sexualidad ($=3.82$, $DE=.725$), $t(303)=-2.46$, $p=.014$) y preocupación sexual ($=2.25$, $DE=1.02$), $t(303)=-5.07$, $p=.001$, y en los estereotipos negativos físicos y conductuales ($=1.73$, $DE=.723$), $t(303)=-2.10$, $p=.037$). Las dimensiones de deseos sexuales, mitos hacia la sexualidad, autoestima y depresión sexuales, miedo al propio envejecimiento y miedo al deterioro intelectual y al abandono no se presentaron diferencias ($p > .05$) (Tabla 2).

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables de estudio.

Escalas/subescalas	Mín.	Máx.	Media	DE	Alfa de Cronbach (α)	AS	K
<i>Actitudes hacia la sexualidad en la vejez</i>							
Deseos sexuales	1	4	2.89	.545	.78	-.038	.715
Hombres ante la sexualidad	1	4	2.51	.590	.77	-.182	-.003
Mitos hacia la sexualidad	1	4	3.14	.522	.77	-.597	1.103
Cambios fisiológicos	1	4	2.59	.543	.66	.559	.335
<i>Actitudes hacia la sexualidad</i>							
Autoestima sexual	1	5	3.05	.388	.70	-.424	-.175
Depresión sexual	1	5	2.76	.386	.85	-1.32	1.205
Preocupación sexual	1	5	1.81	.873	.86	1.20	1.001
<i>Actitudes negativas hacia la vejez</i>							
Esteretipos negativos físicos y conductuales	1	4	1.60	.569	.89	.712	-.355
Miedo al propio envejecimiento	1	4	1.89	.845	.86	.925	.241
Miedo al deterioro intelectual y al abandono	1	4	2.39	.643	.70	-.104	-.071

n=305

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Prueba Levene y prueba t Student para las variables de estudio por sexo.

Variables	Sexo				Prueba de Levene		Prueba t		
	Hombres		Mujeres		F	p	t	g.l.	p
	Media	DE	Media	DE					
Deseo sexual	2.85	.661	2.91	.505	9.053	.003	.811	303	.418
Hombres ante la sexualidad	3.82	.725	3.61	.614	1.276	.260	-2.46	303	.014
Mitos hacia la sexualidad	3.05	.565	3.17	.506	1.967	.162	1.69	303	.091
Cambios fisiológicos	2.46	.555	2.63	.534	.013	.910	2.29	303	.023
Autoestima sexual	3.48	.797	3.41	.614	7.672	.006	-.75	303	.452
Depresión sexual	4.27	.906	4.38	.818	4.033	.045	1.01	303	.312
Preocupación sexual	2.25	1.02	1.67	.772	17.423	.000	-5.07	303	.001
Esteretipos negativos físicos y conductuales	1.73	.723	1.57	.508	17.598	.000	-2.10	303	.037
Miedo al propio envejecimiento	1.84	.840	1.90	.848	.048	.826	.54	303	.588
Miedo al deterioro intelectual y al abandono	2.35	.735	2.41	.613	2.785	.096	.71	303	.473

**p<0.05

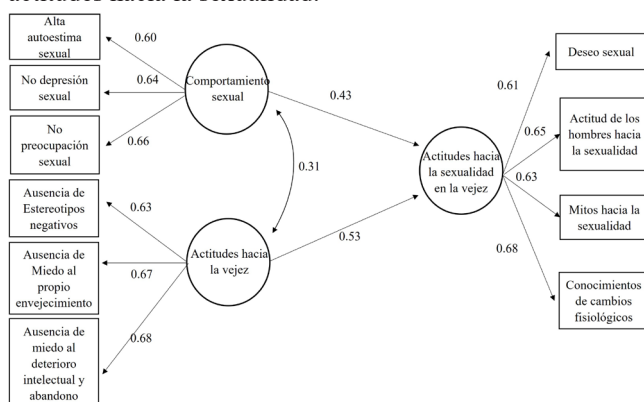
Fuente: Elaboración propia.



Modelo estructural

El modelo estructural midió el efecto del comportamiento sexual y las actitudes hacia la vejez en las actitudes hacia la sexualidad en la vejez. La Figura 1, presenta el modelo y sus índices de bondad ajuste estadística [$\chi^2 = 136.34$ ($g.l. = 86$), $p < .001$], práctica [$CFI = .95$, $NNFI = .92$] y poblacional [$RMSEA = .05$], con una R^2 de las actitudes hacia la sexualidad del .36, es decir, el modelo explica el 36% de la varianza de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez. Lo anterior indica que el modelo teórico no es estadísticamente diferente a los datos empíricos.

Figura 1. Modelo estructural de relación entre el comportamiento sexual y las actitudes hacia la vejez y las actitudes hacia la sexualidad.



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Desde hace algunos años se ha considerado que el comportamiento sexual depende de factores biológicos y psicológicos, estableciendo que una disminución gradual en el interés y en la capacidad de mantener relaciones sexuales ocurre a medida que avanzan los años. Las relaciones sexuales tienen diferentes patrones que son influenciados por estados físicos, emocionales y sociales²¹.

Sin embargo, desde una perspectiva social, existen estereotipos, prejuicios o tabúes que se perpetúan y que no son ajenos al personal de enfermería con respecto a los temas de la sexualidad en la etapa de la senectud como lo indica Fennell *et al.*¹⁵, ocasionando que estas ideas preconcebidas de la sexualidad que se van adquiriendo y reforzando en su entorno de socialización primaria y se refuerzan en otros entornos socioculturales, repercutan de forma determinante en su labor como profesional de la salud para la atención del adulto mayor.

Con base en los resultados del modelo estructural se obtuvieron cargas factoriales altas y significativas ($p < .05$) relacionando

cada factor con sus variables manifiestas evidenciando de tal manera validez convergente de constructo. Los valores de los coeficientes estructurales entre las variables latentes resultaron más bajos que los valores de las cargas factoriales, por lo que se establece una validez discriminante de constructo. Los indicadores de bondad de ajuste estadística ($\chi^2 = 136.34$ (122 $g.l.$), $\chi^2_{relativa} = 1.58$, $p < .001$), práctica ($NNFI = .92$, $CFI = .95$) y poblacional ($RMSEA = .05$) revelan que el modelo teórico se ajusta adecuadamente a los datos empíricos.

A partir de estos hallazgos, nuestros resultados demostraron que los factores intrapersonales como el comportamiento sexual y las actitudes hacia la vejez influyen significativa y positivamente en las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en el personal de enfermería que labora en una clínica de segundo nivel de atención. Cabe destacar que estos factores intrapersonales no están ligados a la profesión, sino a los procesos de socialización primaria donde las personas introyectan en su estructura mental las formas de pensamiento social respecto a cómo se debe vivir, representar y significar la sexualidad en la etapa de la vejez, lo que directamente influye en las prácticas laborales cotidianas.

La autoestima sexual, la depresión sexual, la preocupación sexual, así como los estereotipos negativos hacia el envejecimiento, el miedo al propio envejecimiento, deterioro intelectual y al abandono son indicadores de los factores latentes que ocasionan que se mantengan prejuicios hacia la sexualidad de los adultos mayores. En una revisión sistemática realizada por Haesler *et al.*¹³ se evidenció que los profesionales del área de la salud generalmente consideran que la sexualidad de los adultos mayores no representa un aspecto importante dentro de su práctica laboral; además se encontró que las normas culturales y tabúes, el tiempo trabajado y la relación que establecen con sus pacientes geriátricos impactan en el conocimiento y las actitudes que asumen en lo que respecta a la sexualidad en la etapa de la vejez.

De acuerdo con Cano *et al.*¹, estos estereotipos asociados a la sexualidad en la vejez tienen una amplia gama de consideraciones desde los conocimientos de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, hasta la fuerza de sus creencias espirituales y la marcada estructura heteronormativa y heteropatriarcal establecida en la sociedad, donde las mujeres se ven limitadas a proveer de placer a los varones.

Previas investigaciones han documentado que a pesar de que existe una reducción en la frecuencia de la relación sexual en los adultos mayores²², esto no implica una reducción total en sentir atracción sexual hacia su pareja, ya que los adultos mayores, principalmente los hombres, valoran más la búsqueda del placer y el acto sexual, mientras que las mujeres le atribuyen mayor valor al afecto y la interacción que establecen con su pareja²³. Los hallazgos de la comparación

por sexo en este estudio revelaron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la sexualidad y hacia la vejez, siendo las mujeres las que presentaron medias más altas en la dimensión de los cambios fisiológicos, a diferencia de los varones quienes puntuaron más alto en la apertura hacia las conductas sexuales que asumen los varones, la preocupación sexual y los estereotipos negativos tanto físicos y conductuales. Estos hallazgos difieren con lo encontrado por Medina *et al.*¹⁶ donde no encontraron diferencias por sexo en las actitudes hacia la sexualidad en la vejez. Sin embargo, en un estudio realizado por Syme *et al.*²⁴ se encontró que, sin importar la edad de los varones, presentaron mayor estigma con respecto a la sexualidad en la vejez, que las personas que se identifican con “otro género”, corroborando lo encontrado en este estudio.

Los hallazgos de este estudio enfatizan la necesidad de generar un mejor entendimiento del proceso de la sexualidad desde la formación del personal del área de la salud, ya que es importante que los estereotipos, prejuicios y tabúes sobre la sexualidad en la etapa de la senectud queden fuera del área de trabajo, además de que es necesario mostrar un conocimiento adecuado para favorecer la satisfacción de las necesidades básicas en cualquier momento de la vida, incluyendo la vejez, y logrando fomentar una mejor calidad de vida en esta etapa.

Esta capacitación continua en el profesional de enfermería debe ser enfocado en brindar un cuidado apropiado, siendo importante obtener información sobre su sexualidad, brindar apoyo, aclarar dudas y tomar en cuenta factores físicos, psicológicos y sociales, con el fin de instruir al adulto mayor y así fomentar una sexualidad saludable²⁵.

Del mismo modo, es esencial brindar un cuidado completo y apropiado cuando se recopila información sobre la vida sexual del paciente, evitando prejuicios y ofreciendo orientación sobre las modificaciones tanto fisiológicas como psicológicas asociadas al envejecimiento y como estas afectan en la vida sexual. Esto contribuirá a que las personas envejezcan con una actitud positiva hacia sí mismas y mejoren su autoestima²⁶.

Así bien las áreas de enfermería trabajan en un cuidado integral de la persona, no obstante, en diversas ocasiones se no se toma en consideración la presencia de las conductas sexuales de los pacientes, convirtiéndolo en un tema tabú; además, en las instituciones de salud se prohíbe su expresión, convirtiéndose en algo secundario o inexistente para el bienestar del paciente geriátrico²⁷.

Conclusión

En este estudio, se observó que las mujeres y los profesionales de enfermería con posgrado muestran una disposición más positiva hacia la sexualidad en la vejez y una menor tendencia

a tener actitudes negativas hacia este aspecto de la vida. Además, se observó que a medida que las actitudes hacia el proceso de envejecimiento se vuelven más positivas, se reduce la presencia de actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez. Además, se identificó que el 36% de estas actitudes hacia la sexualidad en la vejez están explicadas por el comportamiento sexual y las actitudes hacia la vejez.

Estos hallazgos destacan la importancia de mejorar el conocimiento respecto al comportamiento sexual y las actitudes hacia el envejecimiento, ya que ambas pueden tener un impacto significativo en la atención sexual de las personas mayores. Por lo tanto, es fundamental diseñar intervenciones de enfermería que se centren en la educación continua, comenzando en la etapa de pregrado y continuando a lo largo de la carrera profesional.

Una de las limitaciones del estudio, radica en el tamaño reducido de la muestra, lo que impide la generalización de los resultados; así mismo se sugiere seguir realizando estudios en otros entornos de cuidados geriátricos de México y el mundo, incluyendo otras variables de estudio como la equidad sexual, calidad de vida sexual, bienestar físico y psicológico tanto en profesionales de la salud como en los adultos mayores con el fin de fortalecer la base de evidencia en el campo de los estudios sobre sexualidad en las Ciencias de la Salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

El presente estudio se sometió a un Comité de Ética en Investigación, así mismo, se consideró lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, respetándose la dignidad y la protección de sus derechos, bienestar y privacidad de los participantes del estudio.

Contribución de los autores

Conceptualización: I.M.F.; J.M.F.; Curación de datos: N.Y.T.S.; A.L.C.C.; A.J.L.B.; Análisis formal: N.Y.T.S.; A.L.C.C.; A.J.L.B.; Investigación: A.L.C.C.; I.M.F.; J.M.F.; R.T.O.; Metodología: N.Y.T.S.; R.T.O.; Administración de proyecto: I.M.F.; J.M.F.; Recursos: I.M.F.; Software: N.Y.T.S.; Supervisión: N.Y.T.S.; A.J.L.B.; Validación: N.Y.T.S.; A.J.L.B.; I.M.F.; Visualización: N.Y.T.S.; A.J.L.B.; Redacción – Borrador original: I.M.F.; J.M.F.; A.L.C.C.; R.T.O.; A.J.L.B.; Redacción: revisión y edición: N.Y.T.S.; A.J.L.B.; I.M.F.

Financiamiento

Para la realización de este artículo no se contó con ningún financiamiento.

Referencias

- Ricoy-Cano AJ, Obrero-Gaitán E, Caravaca-Sánchez F, De La Fuente-Robles YM. Factors conditioning sexual behavior in older adults: A systematic review of qualitative studies. Vol. 9, *Journal of Clinical Medicine*. MDPI; 2020. p. 1–17.
- Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2. 2006. Sexual health
- Fredriksen-Goldsen KI. Dismantling the Silence: LGBTQ Aging Emerging From the Margins. *Gerontologist* [Internet]. 2017 Feb;57(1):121–8. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnw159>
- Jen S. Older women and sexuality: Narratives of gender, age, and living environment. *J Women Aging* [Internet]. 2017 Jan 2;29(1):87–97. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08952841.2015.1065147>
- Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018. (International Perspectives on Aging; vol. 19). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Fredriksen-Goldsen K. Blueprint for Future Research Advancing the Study of Sexuality, Gender, and Equity in Later Life: Lessons Learned From Aging With Pride, The National Health, Aging, and Sexuality/Gender Study (NHAS). Meeks S, editor. *Gerontologist* [Internet]. 2023 Feb 25;63(2):373–81. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/63/2/373/6762555>
- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática [Internet]. 2023. Volumen y estructura de la población. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf
- Giraldo Rodríguez L, Agudelo Botero M. Elder Abuse in Mexico. In: *International Handbook of Elder Abuse and Mistreatment* [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2020. p. 73–88. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-981-13-8610-7_5
- Crespo-Fernández E. Taboos in speaking of sex and sexuality. In: *The Oxford Handbook of Taboo Words and Language*. Oxford University Press; 2018. p. 41–60.
- Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. *Sexuality and the Older Adult*. Vol. 21, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2019.
- Morell-Mengual V, Ceccato R, Chaves I. Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 2018;1–3.
- Torres Mencía S, Rodríguez-Martín B. Perceptions of sexuality in older people: a systematic review of qualitative studies Background: Perceptions of older people about [Internet]. Available from: www.msc.es/esrp
- Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ Today*. 2016 May 1;40:57–71.
- Rodríguez M, Camacho N, Jaramillo L, Ríos Y. Actitudes hacia la sexualidad de estudiantes de enfermería menores de 20 años de una universidad colombiana. *Avances en Enfermería*. 2015;33(1):38–46.
- Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. Vol. 28, *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 3065–76.
- Medina Isaí, Medina Josué, Obregón Reyna, Cárdenas Rebeca. attitudes towards old age and attitudes towards elderly's sexuality in students and nursing professionals. *Gerokomos* [Internet]. 2021 Jul 23 [cited 2023 Mar 12];32(1):17–21. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100017&lng=en&tlng=en
- Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. Vol. 48, *International Journal of Nursing Studies*. 2011. p. 1140–54.
- Soler F, Gómez Lugo M, Espada JP, Morales A, Sierra JC, Marchal Bertrand L, et al. Adaptation and validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish populations. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2016;16(3):343–56.
- Pizarro LaSalle Caroline AB, Rosario-Rodríguez A, Veray-Alicea J. Construcción y validación de la escala de actitudes de los profesionales de la salud hacia la Sexualidad en la Vejez en Puerto Rico. *Revista Salud y Conducta Humana*. 2019;5(1):84–98.



20. Pozo M, Torres M, Coronado O, Herrera Á. Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. Evaluación en psicogerontología [Internet]. 2009; Available from: https://www.academia.edu/6384165/Actitudes_negativas_hacia_la_vejez_en_población_mexicana_Aspectos_psicométricos_de_una_escal
21. Potki R, Ziaei T, Faramarzi M, Moosazadeh M, Shahhosseini Z. Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electron Physician* [Internet]. 2017 Sep 25;9(9):5172–8. Available from: <http://www.e physician.ir/index.php/browse-issues/2017/9/796-5172>
22. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(8):762–74.
23. Thaylline Alessandra Ferreira Barros, Ana Luiza Azevêdo de Assunção, Daniela do Carmo Kabengele. Sexualidade Na Terceira Idade: Sentimentos Vivenciados E Aspectos Influenciadores. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*. 2020;2:47–62.
24. Syme ML, Cohn TJ. Examining aging sexual stigma attitudes among adults by gender, age, and generational status. *Aging Ment Health*. 2016 Jan 2;20(1):36–45.
25. Leyva-Moral JM, Aguayo-Gonzalez M, Palmieri PA, Guevara-Vasquez G, Granel-Grimenez N, Dalfó-Pibernat A. Attitudes and beliefs of nurses and physicians about managing sexual health in primary care: A multi-site cross-sectional comparative study. *Nurs Open*. 2021 Jan;8(1):404–14.
26. Åling M, Lindgren A, Löfall H, Okenwa-Emegwa L. A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse-Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health. *Nursing reports (Pavia, Italy)*. 2021 Apr;11(2):253–66.
27. Azar M, Kroll T, Bradbury-Jones C. How do nurses and midwives perceive their role in sexual healthcare? *BMC Womens Health*. 2022 Aug;22(1):330.

Aberraciones del cromosoma 9 diagnosticadas en un hospital pediátrico en Tabasco, México

Chromosome 9 aberrations diagnosed at a pediatric hospital in Tabasco, Mexico

Diana Sarai Rodríguez-García¹, Norma Gómez-Sandoval², Rubicel Díaz-Martínez³,
Miriam Margot Rivera-Angles⁴, Elizabeth Huerta García⁵, Luis Gómez-Valencia Luis⁶

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5637

Artículo Original

• Fecha de recibido: 20 de julio de 2023 • Fecha de aceptado: 6 de noviembre de 2023 • Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2023

Autor de correspondencia

Diana Sarai Rodríguez García. Dirección postal: Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.
Servicio de Genética, 1º piso, edificio Luis Donaldo Colosio. Avenida Gregorio Méndez Magaña No. 2832,
Colonia Atasta, C.P. 86100. Villahermosa, Tabasco, México.
Correo electrónico: sarairodriguez2411@gmail.com

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de pacientes diagnosticados con alteraciones del cromosoma 9 en un hospital pediátrico entre los años 2012 y 2022.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 2932 pacientes que acudieron a la consulta de genética de un hospital pediátrico de Tabasco, México, de enero de 2012 a diciembre de 2022, a partir de los resultados del diagnóstico cromosómico en sangre periférica.

Resultados: El 14.76% (433/2932) presentaron alteraciones cromosómicas. El cromosoma más frecuentemente involucrado fue el número 21 en el 83.37% (361/433), seguido del cromosoma sexual X con el 5.31% (23/433) y el cromosoma 9 con 3.69% (16/433). En relación al cromosoma 9, el 50% (8/16) correspondieron a variantes morfológicas (9qh+), seguido de la inversión pericéntrica en 3 de los casos (18.75%), la deleción en 2 (12.5%), inserción en 1 (6.6%), anillo en 1 (6.6%), y una derivación (6.6%).

Conclusión: Los resultados citogenéticos encontrados, de acuerdo a los motivos de referencia de los pacientes, sugiere la realización del cariotipo en sangre periférica como herramienta útil en el diagnóstico de enfermedades con sospecha genética.

Palabras claves: Inversión cromosómica; Cariotipo; Infertilidad.

Abstract

Objective: To determine the frequency of patients diagnosed with chromosome 9 disorders in a pediatric hospital between the years 2012 and 2022.

Materials and methods: A cross-sectional and descriptive study was performed in 2932 patients who attended the genetics consultation of a pediatric hospital in Tabasco, Mexico, from January 2012 to December 2022, based on the results of chromosomal diagnosis in peripheral blood.

Results: Chromosomal alterations were present in 14.76% (433/2932). The most frequently involved chromosome was number 21 in 83.37% (361/433), followed by sex chromosome X with 5.31% (23/433) and chromosome 9 with 3.69% (16/433). Regarding chromosome 9, 50% (8/16) corresponded to morphological variants (9qh+), followed by pericentric inversion in 3 of the cases (18.75%), deletion in 2 (12.5%), insertion in 1 (6.6%), ring in 1 (6.6%), and a shunt (6.6%).

Conclusion: The cytogenetic results found, according to the patients' reasons for referral, suggest the performance of peripheral blood karyotyping as a useful tool in the diagnosis of diseases with genetic suspicion.

Key words: Chromosomal inversion; Karyotype; Infertility.

¹ Licenciada en Genómica. Laboratorio de citogenética en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. Villahermosa, Tabasco, México.

² Licenciada en Biología. Doctorado en Educación. Adscrita al laboratorio de citogenética en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. Villahermosa, Tabasco, México.

³ Licenciado en Médico Cirujano. Especialista en Genética Médica. Jefe del servicio de genética en el Hospital Regional de alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. Villahermosa, Tabasco, México.

⁴ Licenciada en Biología. Maestría en Ciencias Básicas Biomédicas. Jefa del laboratorio de citogenética en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. Villahermosa, Tabasco, México.

⁵ Licenciada en Biología. Doctorado en Investigación Médica. Adscrita como docente e investigadora en la División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco, México.

⁶ Licenciado en Médico Cirujano. Especialista en Genética Médica. Adscrito al servicio de genética en el Hospital Regional de alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. Villahermosa, Tabasco, México.

Introducción

El cariotipo humano está formado por 46 cromosomas, 44 son similares en el hombre y la mujer (autosomas) y dos cromosomas sexuales, XX en la mujer y XY en el varón. Cada uno de los cromosomas son susceptibles de presentar aberraciones en el número o en la estructura, siendo las de mayor frecuencia las trisomías de los cromosomas 21, 18 y 13¹. En general, tanto las aberraciones numéricas como las estructurales están relacionadas con las pérdidas gestacionales, malformaciones múltiples en el recién nacido y retraso psicomotor^{2,3}.

El cromosoma 9, de todos los cromosomas, es el que presenta mayor cantidad de variaciones morfológicas en cerca del 1.5% de la población general, tiene alrededor de 145 millones de pares de bases con 800 a 1200 genes, y representa aproximadamente el 4.5% del ADN total de la célula^{4,5,6}. Dentro de las alteraciones del cromosoma 9, las que se han observado con mayor frecuencia son la heterocromatina aumentada en el brazo largo (9qh+) y la inversión pericéntrica, ésta última, con predominio en el sexo femenino³. Aunque las aberraciones mencionadas del cromosoma 9 son consideradas normales, y de que su estudio en poblaciones con fallas reproductivas es controversial, el diagnóstico de las mismas en la población pediátrica favorece la correlación con las manifestaciones clínicas en los niños.

El desconocimiento acerca de las enfermedades por aberraciones cromosómicas, por parte de los profesionales de la salud, condiciona una insuficiente comunicación sobre el tema con los pacientes y sus familiares, y como consecuencia, una limitación en la prevención de los defectos al nacimiento. El Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, es la única institución de salud en el Estado de Tabasco, México, con laboratorio de citogenética humana, desempeñándose como hospital de referencia para otras instituciones de salud de la región en el estudio del cariotipo humano.

El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia de aberraciones del cromosoma 9 en pacientes enviados a la consulta de genética de un hospital pediátrico entre los años 2012 a 2022.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de los últimos 11 años, de enero de 2012 a diciembre de 2022, teniendo como material los resultados de diagnóstico cromosómico en sangre periférica de 3386 pacientes que fueron atendidos en el laboratorio de citogenética del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.

Se incluyeron todos los estudios de pacientes enviados al laboratorio de citogenética de enero de 2012 a diciembre de 2022, procedentes de la consulta externa de genética del hospital del niño, y de la consulta externa de biología de la reproducción del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer. Se excluyeron 454 casos por falta de crecimiento del cultivo cromosómico, quedando una un total de 2932 casos.

El estudio citogenético se realizó en linfocitos de sangre periférica. Se tomaron de 1 a 2 mililitros de sangre a cada paciente con jeringas heparinizadas por la pared previamente, con el inicio de las muestras a los 60 minutos de haberlas tomado. Los cultivos se realizaron en medio Gibco de Cariotipado PB-MAX. Todos los cultivos se incubaron a 37°C durante 72 horas, y, con el objetivo de parar la división celular en la metafase, se les agregó 0.2 mg/ml de colcemid media hora antes de la cosecha, posteriormente se realizó un tratamiento hipotónico con cloruro de potasio por 40 minutos a 37°C.

El estudio citogenético de cada muestra se realizó en 20 a 25 células de dos cultivos celulares primarios, utilizando la técnica de bandas GTG. Para la realización de los cardiogramas de cada paciente se utilizó el Sistema de Análisis Imagen para Cariotipo Automatizado (Microscopio Axio Imager. A1F2 y Software Ikaros Isis Karl Zeiss MetaSystems V 5.3). Para el diagnóstico de las alteraciones cromosómicas, los análisis fueron hechos en base a la nomenclatura internacional ISCN 2020.

La información de los pacientes atendidos en el servicio de Genética en el lapso del año 2012 al 2022 en el Hospital del Niño se capturaron en las hojas de cálculo Excel de la suite de programas Microsoft Office, el diseño estadístico con relación al cromosoma 9 se realizó en el software para análisis estadístico avanzado IBM SPSS Statistics, realizando una prueba estadística de chi cuadrado.

Resultados

Se analizaron 2932 resultados de cariotipo realizados en pacientes que acudieron al laboratorio de citogenética del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. El 14.76% (433/2932) presentaron alteraciones cromosómicas, de estas, 91.45% (396/433) fueron alteraciones de tipo numéricas y 8.54 % (37/433) fueron estructurales. El cromosoma más frecuentemente involucrado fue el número 21 en el 83.37% (361/433), seguido del cromosoma sexual X con 5.31% (23/433), y el cromosoma 9 con 3.69% (16/433). Los cromosomas 13 y 18 se observaron con 1.38% y 1.15%, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1 Porcentaje de aberraciones cromosómicas y cromosomas involucrados en 2932 cultivos de linfocitos de sangre periférica de pacientes consultados en el servicio de genética de un hospital pediátrico

Año	N. Casos	Pacientes con aberraciones		Crom. 1	Crom. 5	Crom. 13	Crom. 14	Crom. 18	Crom. 21	Crom. X
		Numéricas	Estructurales							
2012	332	46	10	2	1	2	1	0	44	6
2013	319	57	8	0	1	2	2	0	59	1
2014	599	48	6	1	2	0	0	0	49	3
2015	315	45	11	4	0	0	0	4	49	2
2016	256	34	2	0	2	0	1	0	29	3
2017	332	25	3	2	0	0	0	1	23	1
2018	340	51	1	0	1	0	1	0	40	2
2019	51	7	2	1	0	0	0	0	6	1
2020	115	11	4	0	0	1	0	0	12	1
2021	59	12	3	0	0	0	0	0	12	0
2022	214	36	11	0	0	1	0	0	38	3
Total N. Casos 2932		372/12.68%	61/2.08%	10/2.30%	7/1.61	6/1.38%	5/1.15%	5/1.15%	361/83.37%	23/5.31%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Aberraciones estructurales del cromosoma 9 en pacientes que acudieron a la consulta de genética de un hospital pediátrico.

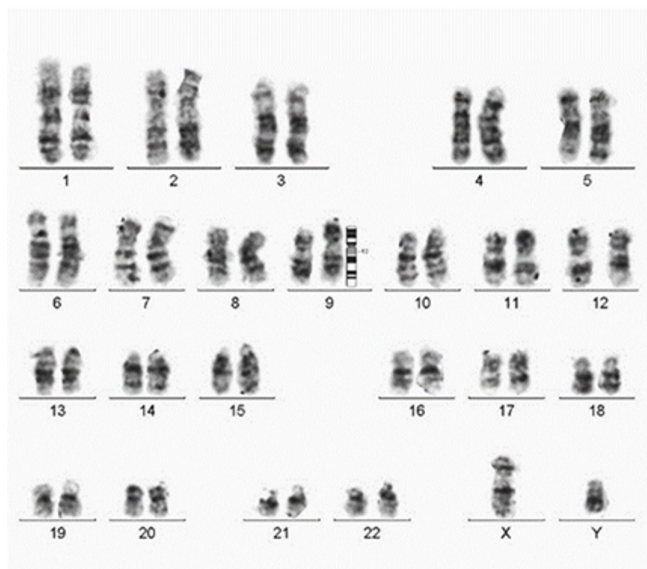
Casos	Edad	Sexo	Procedencia	Impresión diagnóstica	Resultado citogenético
1	10 días	Masculino	Centro	Síndrome dismorfológico	46, XY, 9qh+
2	2 meses	Masculino	Centro	Síndrome dismorfológico	46, XY, 9qh+
3	10 meses	Masculino	Paraíso	Síndrome de talla baja	47, XY, +der (9) del (9)
4	1 año	Femenino	Centro	Síndrome dismorfológico	46, XX, del (9) (p24p23)
5	2 años	Femenino	Comalcalco	Síndrome de Down	47, XX, + 21, 9qh+
6	5 años	Femenino	Cárdenas	Síndrome dismorfológico	46, XX, 9qh+
7	8 años	Masculino	Paraíso	Síndrome dismorfológico	46, Xy, 9qh+
8	8 años	Femenino	Cárdenas	Retraso psicomotor	46, XX, inv (9) (p13q21), add (13) (q34)
9	10 años	Femenino	Cárdenas	Síndrome dismorfológico	45, XX, inv (9) (p13q21)
10	10 años	Masculino	Comalcalco	Síndrome dismorfológico	47, XY, del (9) (q11)
11	10 años	Masculino	Huimanguillo	Síndrome dismorfológico	46, XY, 9qh+
12	14 años	Femenino	Huimanguillo	Displasia Ósea	45, X/46, XX, r(9)
13	14 años	Masculino	Cunduacán	Artrogriposis múltiple congénita	46, XY, 9qh+
14	33 años	Femenino	Cárdenas	Portadora	46, XX, inv (9) (p13q21)
15	35 años	Femenino	Centro	Infertilidad	46, XX, ins (9) (p12p13)
16	44 años	Masculino	Centro	Infertilidad	46, XY, 9qh+

Fuente: Elaboración propia.

En relación a los pacientes con alteraciones del cromosoma 9, el 50% fueron del sexo femenino y el 50% del sexo masculino. 18.75% (3/16) tenían edades de 0 a 12 meses de vida, 50% (8/16) de 6 a 10 años, y 12.5% (2/16) de 14 años. Tres personas adultas, mayores de 30 años (18.75%), fueron referidas con diagnóstico de infertilidad. El 68.75% de los pacientes eran procedentes de la región de la Chontalpa del Estado de Tabasco, y el 31.25% eran originarios de la región del Centro del Estado, lugar en donde está ubicado su ciudad capital. Los motivos de referencia más frecuente para el estudio citogenético fueron el síndrome dismorfológico (43.75%), afectación del sistema musculo esquelético (18.75%), e infertilidad (18.75%). Un niño con síndrome de Down por trisomía 21 regular (47, XY, +21) presentó también una variación morfológica del cromosoma 9 (Tabla 2).

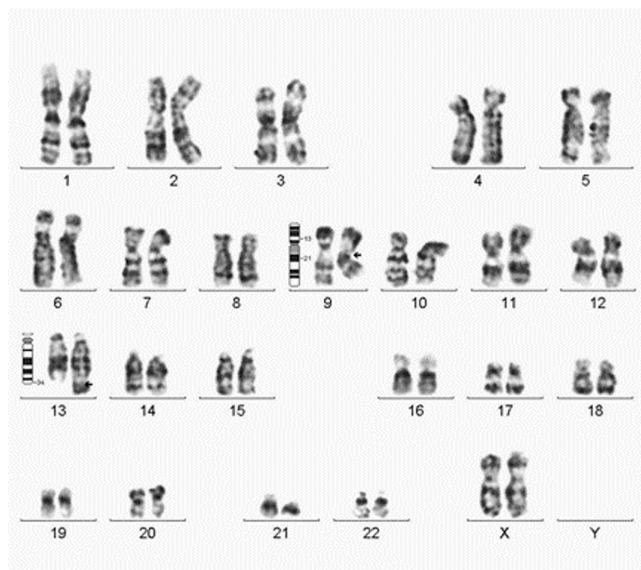
En la tabla 2 se describen los hallazgos citogenéticos del cromosoma 9, observándose que, de los 16 casos, 8 (50%) de los pacientes correspondieron a variantes morfológicas del 9 (9qh+) (Figura 1), seguido de la inversión en 3 de los casos (18.75%) (Figura 2), la delección en 2 (12.5%) (Figura 3), inserción en 1 (6.6%), anillo en 1 (6.6%), y una derivación (6.6%).

Figura 1. Cariotipo de un varón correspondiente a la variante morfológica de aumento de la heterocromatina del cromosoma 9 con técnicas de bandeado G, con su respectivo ideograma se muestra en que segmento del cromosoma está ubicada la variante citogenética (9qh+).



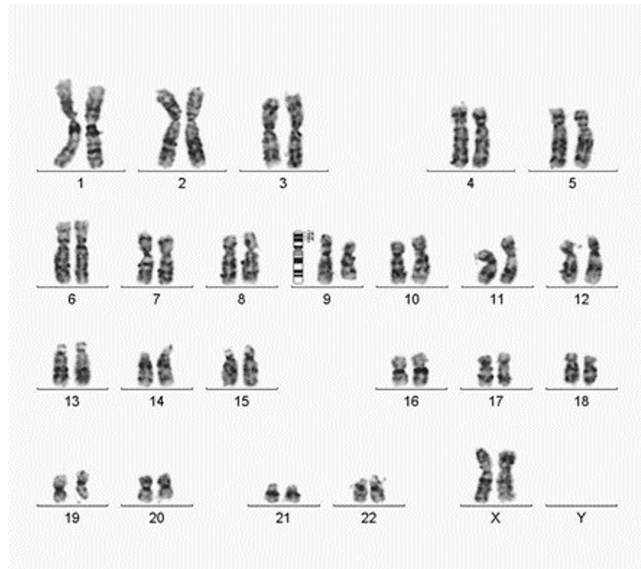
Fuente: Elaboración propia realizada en el servicio de genética en el hospital.

Figura 2. Cariotipo de una paciente con técnica de bandeado G. Las flechas señalan los cromosomas involucrados en la inversión, inv (9) (p13q21). Junto con sus respectivos ideogramas.



Fuente: Elaboración propia realizada en el servicio de genética en el hospital.

Figura 3. Cariotipo de una niña de un año con Síndrome dismorfológico en donde se observa una delección en el cromosoma 9. El resultado citogenético de esta paciente es 46, XX, del (9) (p24p23).



Fuente: Elaboración propia realizada en el servicio de genética en el hospital.

Tabla 3. Aberraciones del cromosoma 9 en pacientes que acudieron a la consulta de genética de un hospital pediátrico, analizadas estadísticamente en el programa IBM SPSS STATISTICS.

Aberración en el cromosoma 9		
	N	%
46, XY, 9qh+	6	37.5%
47, XY, +der (9) del (9)	1	6.3%
46, XX, del (9) (p24p23)	1	6.3%
47, XX, + 21, 9qh+	1	6.3%
46, XX, 9qh+	1	6.3%
46, XX, inv (9) (p13q21), add (13) (q34)	1	6.3%
45, XX, inv (9) (p13q21)	2	12.5%
47, XY, del (9) (q11)	1	6.3%
45, X/46, XX, r(9)	1	6.3%
46, XX, ins (9) (p12p13)	1	6.3%

Fuente: Elaboración propia realizada con los datos obtenidos de pacientes atendidos en el Servicio de Genética.

En la tabla 3 se encontraron diversos datos. La media de las aberraciones en el cromosoma 9 fue de 4.1875, en el sexo 1.5000, la media de la impresión diagnóstica fue de 3.1875, la media de las edades 6.8750, y, las medias de acuerdo a la procedencia 3.2500. La desviación estándar en las aberraciones en el cromosoma 9 es de 3.25000, la desviación del sexo 0.51640, la desviación estándar de la impresión diagnóstica 2.73785, de las edades 3.1806, y, la desviación estándar de la procedencia fue de 1.94936. El estudio descriptivo utilizó la prueba de la Chi cuadrada, obteniendo un valor de 48.53, $p=0.5$, resultando estadísticamente significativo.

Discusión

El cromosoma 9 es uno de los cromosomas que presenta una alta cantidad de variaciones morfológicas, en ellas se presentan las variantes: 9qh+ (mayor cantidad de heterocromatina en el brazo largo del 9), 9qh- (menor cantidad de heterocromatina en el brazo largo del 9), 9ph llamado inversión, y se encuentra en el 1.5% de la población general esto en base a estudios citogenéticos de rutina⁷. Estas variantes cromosómicas se identifican a nivel cromosómico, se identifican por tener diferencias en el tamaño y en su morfología, así como diferentes propiedades a la tinción. Varios de los genes necesarios para la viabilidad embrionaria y la fertilidad se ubican en la heterocromatina, por lo que, la presencia de estas variantes morfológicas está asociadas a diferentes eventos patológicos, entre ellos denotan la infertilidad y los abortos espontáneos⁷. En una revisión de

831 estudios citogenéticos en sangre periférica encontraron variantes polimórficas en el 5.8%, y el cromosoma 9 fue el más involucrado con 26 casos: 14 pacientes con inversión cromosómica y 12 pacientes con 9qh+⁸. En este sentido, en un estudio de 14 965 cultivos de linfocitos para cariotipo encontraron anomalías cromosómicas en 1.69% de los pacientes en los que las aberraciones del cromosoma 9 era el más frecuente⁹.

Rivera y colaboradores¹⁰, han señalado que la inversión del cromosoma 9 es una alteración estructuralmente frecuente en la población general y en pacientes con defectos al nacimiento, siendo las inversiones pericéntrica más frecuentes las inv(9) (p11q13) y la inv(9) (p12q13), así mismo, Liang S, y colaboradores¹¹, y Mohsen-Pour N, y colaboradores¹² sostienen que las inversiones que afectan a la región pericentromérica del cromosoma 9 tienen puntos de interrupción localizados en 9q12 o 9q13-21,1 y con menos frecuencia en 9q12³. señalan marcada preferencia de ocurrencia en el sexo femenino de la inversión pericéntrica, y en el sexo masculino de la heterocromatina aumentada en el brazo largo del cromosoma 9 (9qh+).

En el presente estudio, de 2932 pacientes, el 14.77% mostraron aberraciones cromosómicas, figurando en primer lugar el cromosoma número 21 y en tercer sitio el cromosoma 9 (tabla 1). De las aberraciones del cromosoma 9, el polimorfismo 9qh+ se encontró en 8 de los 16 casos, y tres casos fueron inversión. Todos los casos con polimorfismo del 9 correspondieron a mayor cantidad de heterocromatina en el brazo largo del 9 (9qh+), y seis de ellos correspondieron al sexo masculino, mientras que, los 3 casos de inversiones encontradas fueron pericéntrica con punto de interrupción de la región pericentromérica (p13q21), y todas fueron del sexo femenino, lo que concuerda con los trabajos de Romero TS y colaboradores³, Rivera Angles y colaboradores¹⁰, y, Liang S, y colaboradores¹¹.

El significado clínico de los polimorfismos encontrados en el cromosoma 9 han sido analizado ampliamente por otros autores y van desde los estudios que consideran que no tienen significancia clínica, hasta los que evidencian la asociación con diagnósticos clínicos de esquizofrenia, infertilidad y abortos, entre muchos más^{10,13,6,14}. Los casos de polimorfismos encontrados y que se está reportando en la presente comunicación corresponden a 9qh+ y los de inversión pericéntrica. El caso 9 (tabla 2) corresponde a una niña de 10 años de vida, procedente de la ciudad de Cárdenas, Tabasco, y cuyo polimorfismo fue heredado de su mamá (caso 14, tabla 2), mujer de 33 años de edad portadora de la inversión pericéntrica en el cromosoma 9. El tercer caso de inversión (caso 8, tabla 2) está representado por una niña de 8 años de vida, originaria de Cárdenas, Tabasco, la cual fue referida a la unidad de genética con diagnóstico

clínico de retraso psicomotor. Del polimorfismo 9qh+ cinco casos fueron referidos con diagnóstico de síndrome dismorfológico, un caso con artrogriposis múltiple congénita y otro caso de una mujer de 44 años de edad referida por infertilidad. En una niña de 2 años de vida se corroboró el diagnóstico clínico de síndrome de Down (47, XX, +21), y en la cual también se evidenció el polimorfismo 9qh+. Estos resultados concuerdan con los reportes de *Rivas Álpizar y colaboradores*⁷, *Rivera Angles y colaboradores*¹⁰, y de *Moya Salazar y colaboradores*¹⁵.

Conclusión

La heterocromatina aumentada en el brazo largo del cromosoma 9 se observó con mayor frecuencia en pacientes referidos a la consulta de genética, seguido de otras aberraciones estructurales como anillo, deleción e inserción en el cromosoma 9. La correlación observada entre la impresión diagnóstica de referencia y los hallazgos citogenéticos sugieren la realización del cariotipo en sangre periférica como herramienta útil para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas, entre ellos, los polimorfismos cromosómicos.

Conflicto de interés

Se declara no tener conflicto de interés.

Consideraciones Ética

Este trabajo de investigación fue aprobado por el comité de bioética del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño, "Dr. Rodolfo Nieto Padrón".

Contribución de los autores

Conceptualización: G.V.L.; Curación de datos, análisis formal, software: R.G.D.S.; Investigación: R.G.D.S.; Metodología: R.G.D.S.; G.S.N.; Supervisión: R.A.M.M.; H.G.E.; G.V.L.; Validación: D.M.R.; H.G.E.

Referencias

1. Contreras Castro, D. T., Luna Barrón, B., Taboada López, G., Rada Tarifa, A., & Lafuente Álvarez, E. (2017). Frecuencia de aberraciones cromosómicas en pacientes del instituto de genética- UMSA período 2011 - 2015. Cuadernos Hospital de Clínicas, 58(2), 14–19. http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000200003

2. Blanco-Pérez I, Miñoso-Pérez S, Mitjans-Torres M. Estudios citogenéticos en pacientes con fallas reproductivas. Pinar del Río, 2015-2020. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]. 2021 [citado 2023 Jul 5]; 25(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/articulo/view/5200>

3. Romero TS, Juárez EB, Galindo GCG, Mendoza RM, Sánchez URA. Prevalencia de alteraciones cromosómicas en pacientes infértiles estudiadas en una clínica de reproducción asistida. Ginecol Obstet Mex 2009;77(3):128-35.

4. Corominas A, Laiseca J, Serale C, Matilla ML. El polimorfismo 9ph o Inv(9) tendría un rol significativo en pacientes con problemas reproductivos. Rev Bio Anal 2020; 102: 14-20. (S/f). Revistabioanalisis.com. <http://www.revistabioanalisis.com/images/flippingbook/Rev%20102n/Nota%202.pdf>

5. Humphray S, Oliver K, Hunt AR, Plumb R, Loveland J, Howe K, et al. DNA sequence and analysis of human chromosome 9. Nature [Internet]. 1 de mayo de 2004;429(6990):369-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nature02465>

6. Usta C, Torres C, Gómez M, Lynett D, Fernández I, Celis L. Reporte de 4 casos de inversión de cromosoma 9 en una muestra de 4755 líquidos amnióticos en una población Venezolana. rev. investig. andin. [Internet]. 26 de noviembre de 2018 [citado 2 de agosto de 2023];19(35):153-62. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/958>

7. Rivas Álpizar Elodia, Otero Pérez Ives, Rojas Quintana Práxedes, Reyes Pérez Aimé. Polimorfismo del cromosoma 9. Presentación de dos casos. Medisur [Internet]. 2017 Oct [citado 2023 Jul 05]; 15(5): 706-709. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000500017&lng=es

8. Blanco-Pérez I, Miñoso-Pérez S, Mitjans-Torres M. Estudios citogenéticos en pacientes con fallas reproductivas. Pinar del Río, 2015-2020. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]. 2021 [citado 2023 Ago 2]; 25(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/articulo/view/5200>

9. Liu Y, Kong X, Wu Q, Li G, Lin S, Sun Y. Karyotype analysis in large-sample infertile couples living in central China: a study of 14965 couples. Journal of Assisted Reproduction and Genetics [Internet]. 9 de marzo de 2013;30(4):547-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10815-013-9964-6>

10. Rivera AMM, Gómez VL, Gómez SN, Valencia, HA, Díaz MR. Inversión Pericéntrica 9 (p13q21) y adición no identificada en 13(q34). Arch Invest Pediatr Mex. 2023; 14(4): 41-46.
11. Liang S, Yang J, Wu H, Teng X, Duan T. Effects of chromosome 9 inversion on IVF/ICSI: A 7-year retrospective cohort study. Mol Genet Genomic Med. 2019 Sep;7(9):e856. doi: 10.1002/mgg3.856. Epub 2019 Jul 28. PMID: 31353845; PMCID: PMC6732300. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/share/KA3MTVXWPU4NH7MQVVNJ?target=10.1002/mgg3.856>
12. Mohsen-Pour N, Talebi T, Naderi N, Moghadam MH, Maleki M, Kalayinia S. Chromosome 9 Inversion: Pathogenic or Benign? A Comprehensive Systematic Review of all Clinical Reports. Curr Mol Med. 2022;22(5):385-400. doi: 10.2174/1566524021666210806161128. PMID: 34365947. <https://www.eurekaselect.com/article/117159>
13. Fierro Urturi A, Mata Jorge M, Sanz Fernández M. Inversión pericéntrica del cromosoma 9 en una niña con talla baja: dilemas diagnósticos [Internet]. Acta Pediátrica Española, 2012. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/372-inversi%C3%B3n-peric%C3%A9ntrica-del-cromosoma-9-en-una-ni%C3%B1a-con-talla-baja-dilemas-diagn%C3%B3sticos>
14. Muthuvel A, Ravindran M, Chander A, Subbian C. Pericentric inversion of chromosome 9 causing infertility and subsequent successful in vitro fertilization. Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association [Internet]. 1 de enero de 2016;57(2):142. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0300-1652.182080>
15. Moya-Salazar Jeel, Vega-Vera Rafael, Rojas-Zumaran Víctor, Contreras-Pulache Hans. Alteraciones citogenéticas en pacientes con diagnóstico de infertilidad en Lima, Perú. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Ago 08] ; 87(2): 104-110. DOI: 10.24875/RECHOG.M22000046. Disponible en: https://www.rechog.com/frame_esp.php?id=70

Estado emocional usando DASS-21 en enfermos post COVID-19 en primer nivel de atención en salud

Emotional state using DASS-21 in post-COVID-19 patients in primary health care

Ángel Francisco Carrillo Avilés¹,  Osvaldo García Torres²,  Indira Susana Obeso Sandoval³ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5664

Artículo Original

• Fecha de recibido: 20 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 27 de noviembre de 2023 • Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2023

Autor de correspondencia

Ángel Francisco Carrillo Avilés. Dirección postal: Calle Plátano #366
Col. Miguel Canseco. C.P. 23075 La Paz, Baja California Sur.
Correo: frank_hd@hotmail.com

Resumen

Objetivo: “Determinar el estado emocional de acuerdo al DASS-21 en enfermos post COVID-19 en el primer nivel de atención en salud”.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo realizando encuesta sobre el estado emocional (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) en enfermos post COVID-19 a una muestra de 70 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 34 anexo Unidad Médica de Atención Ambulatoria de La Paz, Baja California Sur. Se realizó un análisis estadístico con frecuencias, porcentajes para variables cualitativas nominales, con medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas, con determinación de Chi². Previa autorización de los comités local de investigación y de ética.

Resultados: Se encontró 45 pacientes femeninos (64.3%), edad 39.41 ± 13.930, con una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y presencia de síntomas graves con una p= 0.014 (IC95% 0.000-0.042), depresión y grupo etario p= 0.029 (IC95% 0.000-0.068); y no se encontró asociación estadísticamente significativa con el estrés.

Conclusión: La ansiedad afecta de manera leve y extremadamente severa a enfermos post COVID-19 relacionada a la presencia de síntomas graves, la depresión detectada fue moderada y está relacionada al grupo etario en cambio el estrés detectado fue leve y no presentó asociación de variables.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus; Ansiedad; Distrés psicológico, Depresión, Ajuste emocional.

Abstract

Objective: “Determine the emotional state following the DASS-21 in post-COVID-19 patients at the first level of health care”.

Material and methods: Observational, cross-sectional, descriptive study conducting a survey on the emotional state (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995) in post-COVID-19 patients in a sample of 70 patients from the Family Medicine Unit No. 34 annex Ambulatory Care Medical Unit of La Paz, Baja California Sur. A statistical analysis was carried out with frequencies, percentages for nominal qualitative variables, with measures of central tendency and dispersion in quantitative variables, with determination of chi². With prior authorization from the local research committee and ethics committee.

Results: 45 female patients were found (64.3%), age 39.41 ± 13.930, with a statistical significance between anxiety and presence of severe symptoms with p= 0.014 (95%CI 0.000-0.042), depression and age group p= 0.029 (95%CI % 0.000-0.068); and no significance was found with stress.

Conclusion: Anxiety mildly and extremely severely affects post-COVID-19 patients related to the presence of severe symptoms, the depression detected was moderate and is related to the age group, while the stress detected was mild and did not present an association of variables.

Keywords: Coronavirus infections; Anxiety; Psychological distress; Depression; Emotional Adjustment.

¹ Médico residente de Medicina Familiar. Unidad de medicina familiar #34 anexa a Unidad médica de atención ambulatoria, La Paz, Baja California Sur, México.

² Médico especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de educación e investigación en salud. Unidad de medicina familiar #34 anexa a Unidad médica de atención ambulatoria, La Paz, Baja California Sur, México.

³ Médico especialista en Medicina Familiar adscrita a consultorio de medicina familiar. Unidad de medicina familiar #34 anexa a Unidad médica de atención ambulatoria, La Paz, Baja California Sur, México.



Introducción

A finales de 2019, en China apareció una enfermedad causada por un agente zoonótico emergente, la cual se denominó: SARS-CoV-2, 2019nCoV (por sus siglas: 2019-novel coronavirus) o COVID-19 (por sus siglas: coronavirus Disease-2019), el cual ocasiona un cuadro respiratorio agudo y muy grave, ocasionando una evolución fatal. Declarado como emergencia internacional de salud pública según la OMS¹.

En la semana epidemiológica número trece de 2022, se registraron 488,112,598 casos de COVID-19, representando 6,286.79 casos por cada cien mil habitantes en el mundo. Siendo Europa con más casos acumulados registrados (41.67 %), América (30.9 %), Asia Sudoriental (11.71 %), Pacífico Occidental (9.54 %), Mediterráneo Oriental (4.42 %), y África (1.76 %). En México a partir de la semana epidemiológica 40 del 2020, (semana 40 del 2020 a la 20 del 2021) se reporta una tasa de incidencia acumulada en el país de 43.6 casos por mil habitantes. Notificando un total de 15,602,373 personas en todo el país (incluye casos totales, negativos y sospechosos totales)².

Los síntomas físicos, más frecuentes, descritos son: fatiga, disnea, dolor u opresión en el pecho, tos, alteraciones del gusto y olfato; sin embargo, existen otras secuelas como cefalea, artralgias, anorexia, mareos, mialgias, insomnio, alopecia, sudoración y diarrea que se resuelven más rápidamente que otros, a estos se les sumaron los déficits cognitivos y los efectos psicológicos que pueden llegar a durar meses³.

La crisis ocasionada por la pandemia COVID-19, impactó la actividad social (distanciamiento, aislamiento), las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles y el estrés post traumático dañó a nivel emocional y causando problemas de salud mental destacando: estrés, depresión, insomnio, negación, ira, temor y ansiedad, siendo este último de mayor predominio y caracterizada por angustia y preocupación excesiva y difícil de controlar y asociada a intranquilidad o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño^{1,4,5,6}.

Algunos estudios registraron que del 10% al 35% de los sobrevivientes de COVID-19 presentaron síntomas sugestivos de ansiedad, depresión o mixta durante su recuperación y el 44% con trastornos psiquiátricos. Dentro de los factores de riesgo destaca ser de sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, conflictos interpersonales, exceso en el uso de redes sociales, baja resiliencia y falta de redes de apoyo⁶. Luque Choque y cols., en su estudio encontraron que la frecuencia de síntomas ansiosos en los pacientes post COVID-19 se incrementó en aproximadamente 30 veces⁷. En China los datos obtenidos fueron síntomas depresivos que oscilaban de moderados a graves en un 16.5% de los participantes,

el 28,8% síntomas de ansiedad de moderados a graves y el 8,1% informó de niveles de estrés de moderados a graves⁸. Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar el estado emocional de pacientes que padecieron COVID-19 usando el test DASS-21 el cual nos permitirá evaluar la ansiedad, la depresión y el estrés.

Se utilizó el test DASS-21 (versión abreviada de 21 preguntas de las denominadas escalas de depresión, ansiedad y estrés; Lovibond y Lovibond, 1995) para evaluar el estado emocional de enfermos post COVID-19 en el primer nivel de atención Ruiz, F. J *et al*⁹, el cual es una serie de tres sub escalas del tipo Likert con cuatro puntos y auto respuesta. Cada sub escala está compuesta por 7 preguntas, las cuales están evaluando los estados de depresión, ansiedad y estrés. El individuo indicó cuantas veces el enunciado se identificó consigo mismo en la última semana. Estas cuatro posibilidades de respuesta se dividen en gravedad o frecuencia en una escala de cero a tres puntos, siendo el resultado obtenido la suma de las respuestas a las preguntas que componen las tres sub escalas. La escala de depresión evalúa síntomas, como falta de placer al realizar actividades, perturbación por ansiedad, falta de interés, estar desanimado, depreciación por sí mismo y la vida. La escala de ansiedad evalúa intranquilidad del sistema nervioso autónomo, alteraciones músculo-esqueléticas, ansiedad en ciertas situaciones, experiencias ansiosas. Y por último la sub escala de estrés evalúa la dificultad para la relajación, nerviosismo, labilidad a la perturbación o agitación, reacciones exageradas y la impaciencia¹⁰.

El término conceptual de depresión y ansiedad, se relacionan entre si, ya que comparten causas comunes de estados afectivos negativos. Siendo esta superposición la dificultad clínica para evaluar ambas condiciones con escalas de auto reporte, por tal motivo la escala DASS-21 incluye síntomas esenciales de depresión, ansiedad y estrés cumpliendo las exigencias psicométricas, discriminando entre estas tres entidades y su recurrencia. Siendo breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en población en general^{11,12,13}.

Las enfermedades infecciosas en brote, como COVID-19, están asociadas con angustia psicológica y diversas sintomatologías de enfermedades mentales. Varios estudios realizados en diferentes países dieron como resultado la prevaencia de estrés y ansiedad, ya sea por padecer una enfermedad, miedo a enfermarse, por incertidumbre a las secuelas o lo que pueda pasar a futuro. Siendo de manera indispensable contar con medidas de apoyo y recibir atención para los trastornos mentales; incluyendo prevención, servicios de salud mental y apoyo psicosocial ya que una adecuada salud mental es primordial para el buen funcionamiento de la sociedad y el bienestar de la misma¹⁴.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo en el periodo desde el 01 de marzo de 2023 al 30 de junio de 2023, en los cuales se realizó una encuesta sobre el estado emocional de acuerdo al DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995) en enfermos post COVID-19 a una muestra de 70 pacientes. [La fiabilidad de la escala para población mexicana fue de 0.81 para la subescala de depresión, 0.79 para la de estrés, de 0.76 para la ansiedad y de 0.86 para toda la escala, siendo las puntuaciones alpha de la subescala de depresión y las del total de la escala las más similares a los obtenidos en los estudios originales.] (Gurrola, 2006)¹⁵. La estimación de la muestra se realizó mediante la fórmula de estimación muestral de una proporción para población finita obteniéndose una muestra de 65 casos de los cuales se agregó un 10% por pérdidas, siendo al final 70 casos los cuales cumplieron los criterios de selección. Los criterios de inclusión fueron haber padecido enfermedad de COVID-19 y que fuesen mayores de 18 años, ser derechohabientes de La Unidad de Medicina Familiar No. 34 anexo Unidad Médica de Atención Ambulatoria de La Paz, Baja California Sur. Los criterios de exclusión fueron pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos diagnosticados o bajo tratamiento psiquiátrico. La unidad de medicina familiar No. 34 pertenece al primer nivel de atención con atención médica ambulatoria y un área de atención continua, tiene una población derechohabiente que corresponde a la mitad de la población de la ciudad de La Paz adscrita al IMSS y se decidió realizar este estudio dado que la atención primaria a los pacientes COVID y post COVID se hacen por medio del médico familiar, así como seguimiento de todos los procesos de salud enfermedad de los adscritos a la unidad. Cumpliendo con el cálculo la muestra se usó la fórmula para estimación de una proporción. Se realizó la encuesta utilizando el instrumento de evaluación DASS-21 el cual es una escala tipo Likert con cuatro puntos y auto respuesta de 7 preguntas que evalúa los estados de depresión, ansiedad y estrés. Se inició explicando la razón de este estudio y mencionando los criterios de inclusión y exclusión, si el paciente era apto y aceptaba se procedió a firmar consentimiento informado y la contestación de la encuesta. Se siguió este proceso hasta completar 70 pacientes. Para el análisis de variables numéricas se usó un análisis descriptivo con las medidas de tendencia central, media y mediana; así como en dispersión el rango y desviación estándar y para las variables cualitativas se utilizaron las frecuencias (%). El análisis inferencial de la información se utilizó para las variables mediante frecuencias la Chi² y con un intervalo de confianza al 95% donde el valor de “p” igual o menor a 0.05 se consideró como significativo. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo (masculino/femenino), ocupación (Trabajador, Estudiante, Hogar), enfermos post COVID-19 (en meses), hospitalización (sí o no), tratamiento médico (sí o no), síntomas graves (dificultad respiratoria, dolor torácico, confusión y pérdida del habla o movilidad),

uso de oxígeno (sí o no) y el estado emocional (Ansiedad, depresión y estrés). Previa autorización de los comités local de investigación 301 y de ética 3018, se tomaron en cuenta los principios de Belmont, Declaración de Helsinki y Ley General de Salud con folio R-2023-301-017. Dado que este estudio es de riesgos mínimos se realizó consentimiento informado a todos los pacientes que desearon libremente participar en el estudio previo a la realización de las encuestas.

Resultados

Los pacientes en este estudio tienen entre los 18 a 78 años; el 64.3% son mujeres y el 35.7% son hombres. Se encontró el 17.1% con ansiedad leve, el 12.9% con ansiedad moderada, el 4.3% con ansiedad severa y el 15.7% con ansiedad extremadamente severa. En depresión se encontraron 4.3% con depresión leve, el 20.0% presenta depresión moderada, 4.3% con depresión severa y 4.3% con depresión extremadamente severa. En estrés se encontraron el 17.1% con estrés, el 14.3% con estrés moderado, el 8.6% con estrés severo y el 2.9% con estrés extremadamente severo (Tabla 1).

El análisis correlacional reportó, una asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas graves con una $p=0.014$ (IC95% 0.000-0.042) (Tabla 2).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y grupo etario con una $p=0.029$ (IC95% 0.000-0.068) (Tabla 3).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre variables y estrés (Tabla 4).

Discusión

El presente estudio llevado a cabo en la Unidad de Medicina familiar UMAA No. 34 La Paz, Baja California Sur, se realizó con el fin de conocer las principales afecciones en el estado emocional de acuerdo al DASS-21 en pacientes que padecieron COVID-19 ya que la salud mental y el estado emocional se vio comprometido debido a diferentes factores, dentro de los cuales destacan: ansiedad, depresión y estrés. El test DASS-21 se adapta para los fines de este estudio. Para el cálculo de la muestra se usó la fórmula para estimación de una proporción, tomado durante la cuarta ola de COVID-19 en la UMF No. 34 se tuvieron 2202 casos con tasa en México de pacientes confirmados de coronavirus en los últimos 14 días es de 4.46 por cada cien mil habitantes dando como resultado una muestra esperada de 65 pacientes, sin embargo, se realizó en 70 pacientes debido al 10% por pérdidas¹⁶. De los 3 estados emocionales evaluados destacó la depresión moderada, esto nos hace pensar que los sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza durante la pandemia fueron los que predominaron al estar aislados por tanto tiempo. En cuanto a

Tabla 1. Descripción de variables por frecuencia y porcentaje

		Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento	Si	69	98.6
	No	1	1.4
Hospitalización	Si	2	2.9
	No	68	97.1
Presencia de síntomas graves (Dificultad respiratoria, dolor torácico, confusión y pérdida del habla o movilidad)	Si	15	21.4
	No	55	78.6
Uso de oxígeno	Si	7	10
	No	63	90
Grupo etario	10 a 19 años	2	2.9
	20 a 29 años	20	28.6
	30 a 39 años	18	25.7
	40 a 49 años	9	12.9
	50 a 59 años	15	21.4
	60 a 69 años	5	7.1
	70 a 79 años	1	1.4
Sexo	Femenino	45	64.3
	Masculino	25	35.7
Ocupación	Estudiante	3	4.3
	Hogar	14	20
	Trabajador	53	75.7
Grado de ansiedad	Sin ansiedad	35	50
	Ansiedad leve	12	17.1
	Ansiedad moderada	9	12.9
	Ansiedad severa	3	4.3
	Ansiedad extremadamente severa	11	15.7
Grado de depresión	Sin depresión	47	67.1
	Depresión leve	3	4.3
	Depresión moderada	14	20
	Depresión severa	3	4.3
	Depresión extremadamente severa	3	4.3
Grado de estrés	Sin estrés	40	57.1
	Estrés leve	12	17.1
	Estrés moderado	10	14.3
	Estrés severo	6	8.6
	Estrés extremadamente severo	2	2.9

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta DASS-21 y de datos demográficos.

Tabla 2. Asociación de variables por grado de ansiedad.

		Sin ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ansiedad extremadamente severa	p (IC 95%)
Tratamiento	Si	34 (48.6%)	12 (17.1%)	9 (12.9%)	3 (4.3%)	11 (15.7%)	0.529 (0.412-0.646)
	No	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Hospitalización	Si	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.186 (0.095-0.277)
	No	33 (47.1%)	12 (17.1%)	9 (12.9%)	3 (4.3%)	11 (15.7%)	
Presencia de síntomas graves	Si	4 (5.7%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	6 (8.6%)	0.014 (0.000-0.042)
	No	31 (44.3%)	9 (12.9%)	7 (10.0%)	3 (4.3%)	5 (7.1%)	
Uso de oxígeno	Si	3 (4.3%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	0.243 (0.142-0.343)
	No	32 (45.7%)	11 (15.7%)	8 (11.4%)	3 (4.3%)	9 (12.9%)	
Grupo etario	10 a 19 años	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.129 (0.050-0.207)
	20 a 29 años	8 (11.4)	2 (2.9%)	4 (5.7%)	2 (2.9%)	4 (5.7%)	
	30 a 39 años	6 (8.6%)	5 (7.1%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)	3 (4.3%)	
	40 a 49 años	6 (8.6%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	50 a 59 años	10 (14.3%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (4.3%)	
	60 a 69 años	3 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
	70 a 79 años	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Sexo	Femenino	23 (32.9%)	10 (14.3%)	4 (5.7%)	1 (1.4%)	7 (10.0%)	0.200 (0.106-0.294)
	Masculino	12 (17.1%)	2 (2.9%)	5 (7.1%)	2 (2.9%)	4 (5.7%)	
Ocupación	Estudiante	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0.371 (0.258-0.485)
	Hogar	8 (11.4%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (4.3%)	
	Trabajador	26 (37.1%)	9 (12.9%)	8 (11.4%)	3 (4.3%)	7 (10.0%)	

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta DASS-21 y de datos demográficos.

Tabla 3. Asociación de variables por grado de depresión.

		Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión extremadamente severa	p (IC 95%)
Tratamiento	Si	46 (65.7%)	3 (4.3%)	14 (20.0%)	3 (4.3%)	3 (4.3%)	0.557 (0.441-0.674)
	No	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Hospitalización	Si	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0.129 (0.050-0.207)
	No	46 (65.7%)	3 (4.3%)	14 (20.0%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	
Presencia de síntomas graves	Si	8 (11.4%)	1 (1.4%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	3 (4.3%)	0.057 (0.003-0.112)
	No	39 (55.7%)	2 (2.9%)	11 (15.7%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	
Uso de oxígeno	Si	4 (5.7%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	0.114 (0.040-0.189)
	No	43 (61.4%)	3 (4.3%)	13 (18.6%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)	
Grupo etario	10 a 19 años	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.029 (0.000-0.068)
	20 a 29 años	11 (15.7%)	0 (0.0%)	7 (10.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	
	30 a 39 años	10 (14.3%)	2 (2.9%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)	2 (2.9%)	
	40 a 49 años	7 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
	50 a 59 años	13 (18.6%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	60 a 69 años	4 (5.7%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	70 a 79 años	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Sexo	Femenino	32 (45.7%)	2 (2.9%)	6 (8.6%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	0.229 (0.130-0.327)
	Masculino	15 (21.4%)	1 (1.4%)	8 (11.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	
Ocupación	Estudiante	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0.057 (0.003-0.112)
	Hogar	9 (12.9%)	1 (1.4%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
	Trabajador	37 (52.9%)	2 (2.9%)	10 (14.3%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)	

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta DASS-21 y de datos demográficos.

Tabla 4. Asociación de variables por grado de estrés.

		Sin estrés	Estrés leve	Estrés moderado	Estrés severo	Estrés extremadamente severo	p (IC 95%)
Tratamiento	Si	39 (55.7%)	12 (17.1%)	10 (14.3%)	6 (8.6%)	2 (2.9%)	0.571 (0.455-0.687)
	No	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Hospitalización	Si	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.243 (0.142-0.343)
	No	38 (54.3%)	12 (17.1%)	10 (14.3%)	6 (8.6%)	2 (2.9%)	
Presencia de síntomas graves	Si	8 (11.4%)	2 (2.9%)	4 (5.7%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0.414 (0.299-0.530)
	No	32 (45.7%)	10 (14.3%)	6 (8.6%)	6 (8.6%)	1 (1.4%)	
Uso de oxígeno	Si	5 (7.1%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0.586 (0.470-0.701)
	No	35 (50.0%)	11 (15.7%)	10 (14.3%)	6 (8.6%)	1 (1.4%)	
Grupo etario	10 a 19 años	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0.100 (0.030-0.170)
	20 a 29 años	8 (11.4%)	4 (5.7%)	7 (10.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
	30 a 39 años	11 (15.7%)	2 (2.9%)	1 (1.4%)	2 (2.9%)	2 (2.9%)	
	40 a 49 años	6 (8.6%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
	50 a 59 años	10 (14.3%)	3 (4.3%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
	60 a 69 años	3 (4.3%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	70 a 79 años	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Sexo	Femenino	27 (38.6%)	11 (15.7%)	2 (2.9%)	3 (4.3%)	2 (2.9%)	0.143 (0.061-0.225)
	Masculino	13 (18.6%)	1 (1.4%)	8 (11.4%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	
Ocupación	Estudiante	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0.143 (0.061-0.225)
	Hogar	7 (10.0%)	4 (5.7%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	
	Trabajador	32 (45.7%)	8 (11.4%)	8 (11.4%)	4 (5.7%)	1 (1.4%)	

Fuente: Datos obtenidos de Encuesta DASS-21 y de datos demográficos.

las dos hospitalizaciones solo presentaron tres o más síntomas graves (Dificultad respiratoria, dolor torácico, confusión y pérdida del habla o movilidad) y decidieron acudir al hospital, el resto de los pacientes con síntomas graves decidieron no ir. Sin embargo, llama la atención que de los dos pacientes hospitalizados estos no presentaron estrés, posiblemente el estar en contacto con pacientes más graves y verlos salir adelante les permitió ver la situación de manera diferente.

En un estudio realizado en una unidad de medicina familiar en Puebla con 185 derechohabientes la media de edad estuvo entre 39.44 ± 11.919 años donde el 62.7% ($n = 116$) fueron mujeres y el 37.3% ($n = 69$) hombres. En la sub escala de síntomas de depresión en 3.8% fue leve, 4.3% moderada, 1.6% severa y 2.2% extremadamente severa. La ansiedad se reportó 11.4% leve, 5.9% moderada, 1.1% severa y 4.3% extremadamente severa. El estrés se presentó en 5.9% de forma leve 3.2% moderado, 2.7% severo y 2.7% extremadamente severo Irma Aidé Barranco-Cuevas *et al*¹⁷. Otro estudio realizado en 150 personas encuestadas en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Reynosa, Tamaulipas en la que el total de encuestados fueron 33.3% hombres y el 66.7% mujeres con edad promedio de 42 años Dionicio Morales-Ramírez *et al*¹⁸. Comparando ambos estudios y el nuestro en el que también predominó el sexo femenino con 45 pacientes (64.3%) y 25 masculinos (35.7%) podemos

deducir que el sexo femenino se vio más afectado durante la pandemia debido a que estas se encargaban del hogar y muy posiblemente seguían cumpliendo con sus labores de trabajo a distancia. De acuerdo a la escala DASS-21 se encontró ansiedad leve en 12 pacientes (17.1%), ansiedad moderada en 9 pacientes (12.9%) ansiedad severa 3 pacientes (4.3%) y ansiedad extremadamente severa en 11 pacientes (15.7%), también se encontró un grado de depresión leve en 3 pacientes (4.3%), moderada con 14 pacientes (20.0%) depresión severa en 3 pacientes (4.3%), depresión extremadamente severa en 3 pacientes (4.3%) y por último estrés leve en 12 pacientes (17.1%), estrés moderado en 10 pacientes (14.3%), estrés severo en 6 pacientes (8.6%) y estrés extremadamente severo en 2 pacientes (2.9%). Por lo que, en estos 2 estudios, a pesar de ser en diferentes estados de la república mexicana y cantidades diferentes de los encuestados, son similares y se llega a la conclusión de que la población mexicana y siendo pacientes del primer nivel de atención en salud, las mujeres son más vulnerables en lo afectivo a diferencia de los hombres.

En China un estudio realizado a inicios de la pandemia reportó que el 35% de los participantes presentaron algún grado de estrés, afectando mayormente a mujeres y las personas entre los 18 a 30 años y mayores de 60 años, datos que se obtuvieron inmediatamente post pandemia y en condiciones completamente distintas. Jianyin Qiu *et al*¹⁹. En la Paz, Baja

california Sur la edad media fue de 39.24 con una mediana de 38.00 de los cuales posiblemente se debió a que el grupo etario predominante, estuvo en el rango de quienes fueron los que tuvieron que permanecer por más tiempo aislados en clases en línea, laborar desde casa y ver como sus familiares de mayor edad fallecían. Aquí muchos adultos tenían que salir a trabajar para subsistir y la diferencia que allá recibían ayuda del gobierno con la condición de permanecer aislados.

Como ya se mencionó, la depresión y ansiedad fueron los estados emocionales predominantes de este estudio, la cual fue realizada en personal no médico, pero en un estudio realizado en trabajadores en contacto con pacientes COVID-19 en provincia de Huesca usando la subescala DASS-21 se reportó depresión con un 66.7% con depresión moderada a severa Alba Simón Melchor *et al*²⁰. Se concluye que sin importar la labor desempeñada y/o haber padecido COVID-19, el simple hecho de estar en contacto con estos pacientes fue suficiente para ser propenso en presentar trastornos emocionales.

Para finalizar, la ansiedad se relacionó con el haber presentado síntomas graves, en cambio otros estudios lo atribuyen al haber sido hospitalizados y presentar secuelas Ericka Lisset Vasquez Ilatoma *et al*²¹ llama la atención que de los dos pacientes que fueron hospitalizados no presentaron, según el DASS-21 grado de ansiedad; posiblemente dado al ver a los pacientes más graves al salir ellos les dio confort la posibilidad de seguir vivos.

Conclusión

Como se sabe, la pandemia trajo cambios que hasta el momento siguen mostrando sus secuelas, no solo en el ámbito económico y en estilos de vida, se agregó, a causa del confinamiento social, diferentes niveles de afectación emocional. Siendo destacables la ansiedad y la depresión mayormente en mujeres en edad laboral quienes aún cumplían obligaciones en el hogar y su trabajo. Para la ansiedad el antecedente asociado fue haber presentado síntomas graves los cuales llevaron a muchas personas luchar por su vida y al sobrevivir o el haber estado en contacto con otros pacientes los ha llevado a este desarrollar esta emoción, la cual se reflejó al estar en salas de espera, en salas de urgencias o el solo saber que entrarían a un hospital. La depresión se asoció al grupo etario, siendo en paciente en la tercera década de la vida los cuales tuvieron que vivir y laborar desde casa dejando a lado las actividades de esparcimiento y aislados de sus amistades.

Debido a ello se requiere de intervenciones para evitar consecuencias permanentes en la salud emocional de los pacientes post COVID-19 en todos los niveles de atención. Se sugiere prestar atención a las diferentes entidades que amenacen a la salud mental y emocional, llevando a cabo detecciones oportunas.

Conflicto de interés

Ninguno de los autores presenta conflictos de interés

Consideraciones éticas

Autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) 301, comité local de ética en investigación (CEI) 3018 con el folio R-2023-301-017.

Contribución de los autores

Conceptualización: A.F.C.A., O.S.T.; Curación de datos: A.F.C.A., O.S.T.; Análisis formal: O.S.T.; Adquisición de Financiamiento: A.F.C.A.; Investigación: A.F.C.A.; Metodología: A.F.C.A., O.S.T.; Administración de proyecto: A.F.C.A.; Recursos: A.F.C.A.; Software: O.S.T.; Supervisión: O.S.T., I.S.O.S.; Validación: O.S.T., I.S.O.S.; Visualización: O.S.T., I.S.O.S.; Redacción – Borrador original: A.F.C.A.; Redacción: A.F.C.A., O.S.T.

Financiamiento

No se contó con financiamiento externo.

Agradecimientos

A la doctora Gabriela Acosta Kelly Coordinadora Auxiliar en Investigación en Salud en BCS, México, IMSS, por la revisión del escrito médico.

Referencia

1. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. 2020 jul.-sep.;24(3) *Medicent Electrón*; RNPS 1820 [consultado 10 de noviembre de 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578
2. Secretaría de Salud. Informe integral de COVID-19 en México. Número 05-2022. [consultado 11 de noviembre de 2022] Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/05/Info-05-22-Int_COVID-19_6abr_26abr22OK.pdf
3. Peramo-Alvarez JP, Lopez-Zuñiga MA y Lopez-Ruz MA. Secuelas medicas de la COVID-19. 2021 *Medicina Clínica* 157 388–394 [consultado 11 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577532100289X?via%3Dihub>

4. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. (*Rev Neuropsiquiatr*). 2020; 83(1):51-56 [consultado 15 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687>
5. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor; 2019 [consultado 20 de noviembre de 2022] Disponible en: https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf
6. Ramírez-Ortiza J, Castro-Quintero D. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *colombian journal of anesthesiology*. 2020;48(4):e930 [consultado 25 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303/version/310>
7. Luque Choque N M, Bazán Palomino ER (dir). Ansiedad y depresión en pacientes post COVID-19 2020 [Tesis]. [PIURA – PERÚ]. Hospital Carlos Monge Medrano [consultado 03 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59347>
8. Miranda Pedroso R; Murguía Izquierdo E D. Síntomas de ansiedad y depresión en personal de Salud que trabaja con enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 2021, 8(1), 1-9 [consultado 03 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ijmss/article/view/655>
9. Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *2017 International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105 [consultado 03 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624007>
10. Alves Apóstolo JL, Cruz Mendes A, Aguiar Azeredo Z. Adaptación para la lengua portuguesa de la depression, anxiety and stress Scale (DASS); *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(6): 1-9 [consultado 10 de enero de 2023] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268398925_ADAPTACION_PARA_LA LENGUA PORTUGUESA DE LA DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE DASS ADAPTACAO PARA A LINGUA PORTUGUESA DA DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE DASS
11. Román Mella F., Eugenia V. Vinet, Ana María Alarcón Muñoz. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco 2014; *XXIII (2)*: 179-190 [consultado 10 de enero de 2023] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Ortega Germosén, G., Bello-Castillo, I., & Sánchez-Vincitore, L. (2023). Cyberchondria during the COVID-19 pandemic: Its relationship with health anxiety, state anxiety and trait anxiety. *Revista Interamericana De Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 57(2), e1726. [consultado 15 de enero de 2023] Disponible en: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1726>
13. Román F, Santibáñez P & V. Vinet E. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 2016, 6 (1), 2325 – 2336 [consultado 15 de enero de 2023] Disponible en: https://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/103
14. Naciones Unidas. Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental; 13 de mayo 2020: 1-22 [consultado 1 de febrero de 2023] Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/resources/informe-de-politicas-covid-19-y-la-necesidad-de-actuar-en-relacion-con-la-salud-mental>
15. Gloria M. Gurrola-Peña, P. Balcázar Nava. Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 2006/vol. 8, número 002 Universidad Nacional Autónoma de México. ISSN (versión impresa): 1405-5082 [consultado 24 de octubre de 2023] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
16. Dirección General de Epidemiología. COVID-19, México: Datos epidemiológicos [Internet]. México: Editor Gobierno de México; Fecha de publicación 11 de noviembre de 2022 [consultado 19 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx>
17. Irma Aidé Barranco-Cuevas, Diana Flores-Raya. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(4):274-80 [consultado 20 de febrero de 2023] Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/3956/4066

18. Dionicio Morales-Ramírez, Verónica Martínez-Lara. Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de atención primaria durante el confinamiento por coronavirus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2021;59(5):387-94 [consultado 20 de febrero de 2023] Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4067
19. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry* 2020;33:e100213 [consultado 15 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://gpsych.bmj.com/content/33/2/e100213>
20. Alba Simón Melchor, María Luísa Jiménez Sesma. Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería global, revista electrónica trimestral de enfermería.* No. 66 Abril 2022. ISSN 1695-6141 [consultado 23 de febrero de 2023] Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/489911>
21. Ericka Lisset Vasquez Ilatoma, Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez. Estado emocional de los pacientes pos-COVID-19 en la Región Amazonas del Perú. *Revista Cubana de Enfermería.* 2022;38(4):e5445 [consultado 08 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.scienceopen.com/document?vid=99c1a69c-a56a-43df-93ff-5e536fe4b60e>



Consumo de drogas: percepción de padres y adolescentes

Drug use: perception of parents and adolescents

Sarai Pulido-Trujillo¹,  Xóchitl De San Jorge-Cárdenas², 
Nora Inés Morales-Contreras³,  María del Pilar Peregrina-Martínez⁴ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5644

Artículo Original

• Fecha de recibido: 9 de agosto de 2023 • Fecha de aceptado: 12 de diciembre de 2023 • Fecha de publicación: 12 de enero de 2024.

Autor de correspondencia

Xóchitl De San Jorge-Cárdenas. Dirección postal: Fortín de las Flores Número 9,
Fraccionamiento Pomona, C.P. 91040. Xalapa Veracruz, México
Correo electrónico: xdesanjorge@uv.mx

Resumen

Objetivo: Comparar la percepción de padres y adolescentes sobre el papel de la familia en la prevención del consumo de drogas.

Materiales y métodos: Investigación de tipo cualitativa, realizada en mayo de 2022 en la ciudad de Xalapa Veracruz (México): se realizaron dos grupos focales de personas ligadas a una escuela preparatoria -uno con adolescentes (cinco varones y seis mujeres) y otro con padres (un varón y ocho mujeres)- sin relación parental entre los grupos, reclutados de manera aleatoria. Las personas accedieron a participar después de haber conocido los objetivos y alcances del proyecto, por lo que firmaron una carta de consentimiento informado, en el caso de los padres, y de asentimiento informado en el caso de los adolescentes. Para el análisis de la información recogida en la entrevista grupal se utilizó el análisis de discurso, técnica que analiza lo dicho de acuerdo con el contexto en que se dice, lo que permitió comparar lo expresado en ambos grupos.

Resultados: Los padres consideran que ellos brindan confianza a sus hijos, mientras que los adolescentes perciben que esto no es así. Asimismo, los adultos perciben que sus hijos tienen los conocimientos necesarios sobre el consumo de drogas por lo que no consideran necesario ahondar en el tema: en contraste, los adolescentes se muestran preocupados al conocer sobre sus riesgos. Finalmente, los padres perciben que sus hijos no tienen carencias ni necesidad de mejorar la relación con ellos, mientras que los adolescentes manifiestan insuficiente amor y atención por parte de sus padres.

Conclusiones: Los padres y los hijos tienen una percepción distinta sobre el consumo de drogas y sobre el papel de la familia en la prevención. Se identificó la necesidad de generar espacios de reflexión que permitan una mayor comunicación entre padres e hijos.

Palabras clave: Familia; Adolescentes; Drogas; Prevención; Comunicación.

Abstract

Objective: To know and compare the perception of parents and adolescents on the role of the family in the prevention of drug use.

Materials and methods: Qualitative research, conducted in May 2022, in which group interviews were applied through the instrument called focus group, two groups were integrated, one with adolescents (five boys and six girls) and another with parents (one boy and eight girls), with no parental relationship between the groups, randomly recruited, belonging to the same high school in the city of Xalapa, Veracruz. After reading and signing the informed consent, answers were given to the nine questions of the questionnaire.

Results: For the analysis of the information, discourse analysis was used, which technique studies what was said according to the context, which allowed us to compare what was expressed in both groups. Parents perceive that they provide trust, while adolescents perceive that they do not; parents perceive that their children have the necessary knowledge about drug use, while adolescents are concerned to know about the risks, parents perceive that their children have no lacks, no needs, while adolescents manifest insufficient love and attention from their parents.

Conclusions: Parents and children have a different view on drug use and on the role of the family in prevention. The need to generate spaces for reflection that allow for greater communication between parents and children was identified.

Key words: Family; Adolescents; Drugs; Prevention; Communication.

¹ Licenciada en Psicología. Aspirante al Doctorado en Investigaciones Cerebrales. Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

² Doctora en Antropología, Investigadora del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Veracruz, México.

³ Doctora en Psicología por el Instituto Universitario Carl Rogers. Docente en la Universidad Veracruzana Psicología, Campus Xalapa. Veracruz, México.

⁴ Maestra en Prevención Integral del Consumo de Drogas y Docente de la Universidad Veracruzana. Veracruz, México.



Introducción

Una de las preocupaciones sociales y problema de salud pública presentes en la actualidad, es el consumo de drogas legales e ilegales, debido a sus implicaciones en la salud física, mental y emocional de los consumidores.

Con el fin de comprender la problemática del consumo de drogas y conocer un panorama epidemiológico más amplio, se propone el modelo biopsicosocial que tiene tres ejes o factores: la genética, la composición psicológica y el entorno social. Apud¹ indican que la adicción no se puede explicar únicamente como una reacción cerebral o una respuesta a estímulos psicológicos, por tal razón el consumo de sustancias se tiene que abordar desde una mirada integral. El consumo de drogas es multifactorial, multidimensional e incluso dinámico ya que genera un alto grado de sufrimiento, morbilidad, incapacidad personal, así mismos costes sociales y sanitarios².

Al abordar el concepto de drogas es importante establecer que existen varias definiciones, como la de Malpica³, quien señala que las drogas psicoactivas son toda sustancia química de origen natural o sintética que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central, compuesto por el cerebro y la médula espinal; capaces de inhibir el dolor, modificar el estado de ánimo o alterar las percepciones. La Organización Mundial de la Salud OMS⁴ precisa que droga es “toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”.

Las drogas han sido objeto de diversas clasificaciones, la más común es la que divide estas sustancias en legales, también llamadas de curso legal o institucionalizadas, e ilegales⁵. Pons⁶ expone que las drogas legales, entre las que se encuentran el alcohol y el tabaco, reciben una valoración acrítica del medio social, debido a su estatus legal que controla la producción, distribución, publicidad y consumo, pero, no las prohíbe. Buena parte de la población tiene la idea errónea de que el alcohol y el tabaco no son drogas y que por lo mismo no causan daños en el organismo⁷; además, el alcohol se ha arraigado culturalmente en la mayor parte del mundo, lo que probablemente contribuye a la gran cantidad de personas con problemas de abuso y adicción en el mundo.

Cada vez son más numerosos los estudios que analizan las diferencias en el consumo de drogas en función del sexo o de la edad, coincidiendo la mayoría en que cuando el consumo se inicia a temprana edad se registra un incremento en el riesgo de incurrir en prácticas de abuso y de caer en la adicción. De la misma manera, diversos trabajos reportan un consumo creciente del consumo de drogas por parte de las mujeres sin que -hasta la fecha- haya superado el de los hombres.

Uno de los factores que han sido señalados como factor de riesgo para el inicio temprano del consumo se refiere a la aceptación o incluso incitación al consumo de alcohol de los menores de edad por parte de sus padres, familiares o adultos significativos, sobre todo en reuniones sociales o celebraciones.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC por sus siglas en inglés⁸ ha establecido que “estadísticamente la edad de inicio más baja desciende hasta los 8 años”, lo que se ha convertido en un problema para el personal de salud que se enfrenta a púberes y adolescentes que acuden por malestares propios del consumo de sustancias como: accidentes, insomnio, ansiedad, pánico, irritabilidad, entre otros síntomas⁹.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF¹⁰, la adolescencia es el periodo de crecimiento que va después de la niñez hasta antes de la vida adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, caracterizada por intensos cambios físicos, emocionales y psicosociales; la búsqueda de nuevas sensaciones; la construcción de su autonomía; la definición de su sexualidad y la contradicción entre el querer llegar a ser adulto y el no querer dejar de sentirse niño. Borras¹¹ la considera una etapa de oportunidades donde comienzan a tomar riesgos, descubrir sus potencialidades y desarrollar sus capacidades.

La adolescencia es objeto de estereotipos y prejuicios por parte de los adultos responsables de la guía y orientación en los procesos formativos correspondientes, lo que dificulta la empatía y la comprensión necesarias para contribuir a un desarrollo integral, en donde la salud mental y emocional encuentren un espacio central; es necesario que los adultos brinden herramientas a los adolescentes para que puedan gestionar de manera adecuada las situaciones que le debilitan emocional y psicológicamente¹².

Becoña¹³ advierte que los adolescentes enfrentan factores de riesgo en la comunidad, en la familia y en la escuela, que se suman a sus propios factores de riesgo individual y a los que se derivan de la interacción con sus pares o iguales. Castro¹⁴ destaca la probabilidad de aminorar la prevalencia de conductas de riesgo si se fortalecen los vínculos afectivos con los padres, mientras que Martínez¹⁵ considera que el afecto y la supervisión parental son de gran importancia con adolescentes y sobre todo si están iniciando el consumo. Este autor llama la atención sobre una característica de los adolescentes, su postura crítica ante el adulto y la sociedad, misma que lo llevará a cuestionar las incoherencias entre las recomendaciones de los padres y sus maneras de actuar “por ejemplo: ¿cómo si el alcohol es malo los adultos lo consumen sin problema?”¹⁶, y más aún cuando esta contradicción se presenta en el seno de la familia.

Malpartida¹⁷ define a la familia como un grupo social, organizado como un sistema abierto constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en el mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos y/o de afinidad. La familia se ha ido transformando a través de la historia, pero ha conservado su papel de núcleo básico de la socialización de forma consistente², por lo que tiene un papel decisivo en numerosos aspectos de la vida: nacer, crecer, socializar, conocer el mundo, recibir afecto, cubrir necesidades básicas. La familia constituye el espacio en el que la persona aprende a interpretar el mundo y los códigos que requiere para manejarse en su vida adulta. La conducta de cada uno de sus miembros afecta al resto, por ende, la familia no puede tratarse individualmente, sino de manera sistémica¹⁸.

Al analizar la relación de afecto entre padres e hijos, Martínez¹⁴ concluye que existe una asociación entre la mayor confianza y mejor comunicación con la menor implicación de las conductas de riesgo, así como una independencia más responsable. El apego familiar y la buena relación con los padres serán, por lo tanto, elementos de protección ante el consumo de drogas; así mismo, la manera en que la familia afronta los eventos estresantes no sólo depende de su red de apoyo social, también involucra la salud que tenga al interior de ella, pues una familia disfuncional no contará con las mismas herramientas de afrontamiento. Es importante recordar que la salud no es sólo un atributo del individuo, sino también es el resultado de la interacción con otros y con el medio ambiente, la familia, los amigos, el trabajo, la comunidad, sistema social, valores, cultura, medios de comunicación y medio geográfico;^{17,19} ya que esto permea su conducta.

Lloret²⁰ destaca factores puntuales en el acercamiento del adolescente a las drogas, como es la exposición a ellas, que sus padres las consuman y también la actitud de los mismos padres hacia el tema del consumo de sustancias. Así como es un factor de riesgo para el adolescente la exposición a las drogas, lo es también el conflicto familiar.

Mientras que la UNODC⁸ indica que: “Existe suficiente información epidemiológica para saber que los púberes y adolescentes son los más vulnerables al consumo de sustancias legales, ilegales y drogas médicas dado que su identidad se encuentra en un estado de formación”. La adolescencia es el punto más frágil para el abuso de sustancias e incluso para la adicción, ya que el desarrollo del sistema nervioso central aún no concluye hasta la segunda década de vida, por lo tanto, entre más temprana edad, mayor posibilidad de abuso a la droga se tiene⁷. Una manera de evitar que el adolescente incurra en conductas antisociales es deseable que existan normas claras, disciplina, refuerzos conductuales una buena relación con los padres y una supervisión adecuada, que

fomente la reflexión y el desarrollo de estrategias para resistir las presiones sociales, de ahí el interés de concientizar a la juventud sobre el riesgo del consumo de sustancias, puesto que el factor de riesgo varía de persona a persona, y esa relación puede estar permeada por la familia, la formación, la educación, las figuras de autoridad, el autoconocimiento, entre otros^{21,22}.

La preocupación de muchos padres ante el consumo de sustancias es que sus hijos se conviertan en adictos o que el comportamiento derivado del consumo resulte en algún daño o pérdida; tomando en cuenta que entre los factores familiares que determinan el inicio del consumo de drogas, destacan el consumo por parte de uno o ambos padres, la violencia intrafamiliar, los conflictos familiares, así como un manejo emocional deficiente, incluso adolescentes que viven en hogares disfuncionales, separación de sus padres ya sea por muerte o divorcio, por ende, el consumo de drogas se asocia con el distanciamiento familiar^{6,22}. Por lo tanto, “Un buen clima familiar se relaciona con el bienestar subjetivo y una excelente forma de proteger la salud integral de la familia, teniendo en cuenta que está conformada por un grupo maravilloso, imprescindible y universal”²³. Asimismo, como enuncian Santiago y Torres²⁴ es la familia quien debe atender a cualquiera de los miembros que se encuentre en un proceso de daño a la salud; considerando sobre todo que la prioridad debería ser la prevención.

Como ya se ha mencionado, las causas del consumo de drogas son multifactoriales, así como también la familia puede ser un factor de riesgo o de protección de acuerdo con su dinámica y comunicación en la prevención e incluso durante el consumo, brindando soporte, apoyo y seguimiento; razón por la cual esta investigación es pertinente para la psicología de la salud, ya que busca recuperar la percepción sobre el papel de la familia ante la problemática del consumo de drogas y conocer aspectos importantes con la finalidad de desarrollar o mejorar estrategias de prevención del consumo de drogas en adolescentes.

El objetivo general de esta investigación fue conocer la percepción de padres e hijos adolescentes en la prevención del consumo de drogas.

Materiales y Método

El presente artículo procede de una investigación de corte cualitativo, transversal en el que participaron aleatoriamente estudiantes de preparatoria y padres de familia, en dos grupos focales, utilizando el análisis del discurso. El grupo focal (GF) es una de las estrategias para la investigación cualitativa, nos remite a una entrevista grupal, que busca capturar la percepción de los participantes sobre un tema específico, recabando no sólo su opinión sino además su

sentir, pensar y vivir, todo lo que conforma la experiencia subjetiva. Al desarrollarse la información en torno al grupo, la indagación corresponde a la colectividad, lo que permite identificar coincidencias y discrepancias para realizar el análisis^{25,26}.

Se integraron dos grupos focales, uno con adolescentes y otro con padres. En uno participaron 11 adolescentes (cinco varones y seis mujeres) y en otro, nueve padres (un varón y ocho mujeres). Se cuidó que los padres que participaron en el grupo focal no tuvieran relación con los adolescentes participantes, para no generar curiosidad sobre las posibles respuestas de sus hijos y viceversa. Todos fueron reclutados de la misma escuela. Los criterios de selección para el primer grupo fueron: adolescentes de 14 a 18 años, pertenecientes a nivel bachillerato y que vivieran en la ciudad de Xalapa. Los criterios de selección del segundo grupo fueron ser padres de familia sin parentesco con los adolescentes del grupo focal. En ambos casos los participantes estuvieron de acuerdo en participar, en ser grabados y en respetar las medidas sanitarias pertinentes como el uso de gel y cubrebocas derivado de la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Los criterios de exclusión en ambos grupos fueron presentar algún síntoma de enfermedad, resfriado, tos, temperatura o mostrar algún conflicto derivado del tratar temas relacionados con el consumo de drogas.

Se realizaron las gestiones correspondientes ante las autoridades de la escuela para invitar a los alumnos y a los padres a participar en la conformación del grupo focal. Una vez recibidas las respuestas aceptando la invitación, se acordó fecha y hora en que se realizó la sesión de trabajo de manera presencial, tanto con alumnos como con los padres, por separado. Iniciando con el grupo de padres y concluyendo con el de adolescentes. Se les informó que las sesiones serían grabadas en audio, únicamente para fines académicos, sus datos confidenciales y se les entregó una carta de consentimiento informado a los padres y otra –de asentimiento informado- a los adolescentes, la cual firmaron los interesados y dos testigos más. Posteriormente se llevó a cabo el grupo focal con duración de una hora cada uno, utilizando un conjunto de nueve preguntas generadoras que buscaban conocer la opinión de los participantes sobre el consumo de drogas legales e ilegales; si consideraban que disponían de información suficiente y adecuada; si habían, o no, consumido alguna droga; si consideraban que los padres podían hacer algo para evitar o abandonar el consumo de los hijos; cuáles habían sido las reacciones de los padres en caso de enterarse del consumo de los hijos, entre otros aspectos.

El análisis de la información recabada en los GF se realizó utilizando el Análisis del Discurso (AD), una técnica que estudia lo dicho, de acuerdo con el contexto tomando en cuenta las condiciones sociales en las cuales se reproduce

el discurso de los participantes. En este sentido, muchas de las conductas de salud son prácticas sociales constituidas, modificadas o eliminadas por la influencia en la que interactúan la familia, la escuela, los medios de comunicación masiva, entre otros actores sociales.

Para este estudio, se analizaron dos tipos de discurso, el de los padres y el de los hijos, para conocer cuál es la percepción que tienen de un mismo fenómeno, el consumo de drogas; con el fin de conocer cómo interiorizan esta percepción y cómo impactan sus conductas^{27,28,29,30}.

Resultados

A continuación, se presenta una tabla con las categorías y subcategorías utilizadas para el análisis de los resultados:

Tabla 1. Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías
Drogas	a) Conocimiento sobre usos y consecuencias de las drogas b) Opiniones sobre el uso de drogas
Adolescencia	a) Curiosidad hacia lo desconocido b) Razones del consumo c) Temor a ser juzgados por los padres
Familia	a) La comunicación padre e hijo b) La importancia de las necesidades de los adolescentes c) El ejemplo o modelo de los padres d) El papel de la familia en la prevención del consumo de drogas

Fuente: elaboración propia con datos de la investigación

Para el análisis de resultados se realizó una comparación de las ideas de los autores revisados con lo expresado en ambos grupos focales, correspondiendo a los tres ejes de la investigación: drogas, adolescencia y familia. Como se muestra en la siguiente tabla:

Discusión

Para contrastar los hallazgos de este estudio con la revisión de autores, se toman las mismas tres categorías que se han utilizado a lo largo del artículo: drogas, adolescencia y familia.

Drogas

Se encontró que los adolescentes no hicieron referencia a la información que sus padres les dan, pero si mencionaron que es prioridad conocer las consecuencias de las drogas antes del consumo, porque después del consumo quizá no sea muy útil. Pérez³¹ identificó que el nivel de conocimiento sobre los daños del consumo arbitrario de drogas en adolescentes prevalece en un nivel medio de conocimiento en cuanto a las drogas de mayor consumo como las legales, lo cual,

Tabla 2. Análisis del discurso de los adolescentes y padres de familia

Categoría	Subcategoría	Análisis	Percepción Padres de Familia	Percepción Adolescentes
Drogas	Conocimiento sobre usos y consecuencias de las drogas	De acuerdo con Martínez ¹⁵ , es primordial que los adolescentes reciban información objetiva, basada en evidencias que coadyuven a desalentar la curiosidad de los adolescentes sobre nuevas sensaciones y experiencias. Sin embargo, los padres descuidan esta tarea porque asumen que los hijos saben todo lo referente a las drogas y porque ellos mismos no disponen de estos conocimientos.	<i>"...hay mucha información, el que la consume es porque quiere, porque si saben lo que es"</i>	<i>"...mucha gente no tiene fuerza de voluntad para decir no a la presión social, porque quieren encajar"</i>
	Opiniones sobre el uso de drogas	CONADIC establece las graves consecuencias del consumo de drogas legales. Sin embargo, tanto los adolescentes como los padres perciben al alcohol y al tabaco como sustancias inofensivas y les resulta inusual llamarles drogas, debido a la desinformación y a la aceptación social.	<i>"...es como parte de una normalidad que pertenece a la sociedad"</i>	<i>"...creo que todos en algún punto hemos probado las drogas legales, creo que solo hay que tener precaución"</i>
Adolescencia	Curiosidad hacia lo desconocido	De acuerdo con Borrás ¹¹ existe un deseo de experimentación en los adolescentes cuyo fin es ser aceptados por nuevos grupos sociales, no siempre se puede lidiar con ese tipo de presiones, a menos que se cuenten con el respaldo de padres comprensivos capaces de contribuir a la contención emocional que requieren sus hijos.	<i>"...es que quiero estar con mi grupo de iguales y mi grupo de iguales toma, pues yo también"</i>	<i>"...unos amigos fueron a fumar al baño si da curiosidad, pero yo estoy metido en otro tipo de mundo porque mis papás tienen un gimnasio"</i>
	Razones del consumo	Los adolescentes pueden tener distintas razones de consumo. Sin embargo, a menudo los jóvenes manifiestan razones internas, no obstante, los padres refieren el consumo a situaciones externas, lo cual hace notoria una dualidad de ideas.	<i>"...por moda, por las series de TV, por el bullying, para aguantar la carga de trabajo"</i>	<i>"...Se usan por alivio, para liberar angustias, para llenar vacíos emocionales"</i>
	Temor a ser juzgados por los padres	De acuerdo con Palacios el adolescente requiere acompañamiento, requiere la cercanía de personas que le puedan brindar apoyo en la toma de decisiones y en comportamiento, a menudo la confianza en los padres se ve interferida por los prejuicios que rodean esta etapa del desarrollo haciendo que haya una barrera entre padres e hijos.	<i>pues si les ayudas como padres porque te preocupan, pero ¿si ellos no se quieren ayudar?"</i>	<i>"...refleja un pequeño miedo, para que le digo si al final de cuentas me va a andar atacando"</i>
Familia	La comunicación padre e hijo	De acuerdo con Valladares (2008) la interacción entre los miembros de una familia es indispensable, incluso de manera individual. Dado las múltiples ocupaciones de los adultos y lo difícil que se torna a veces la etapa adolescente, se ha privado a la familia de tiempo de contacto y de calidad entre sus miembros, ni qué decir de la relación a nivel individual que ha dejado de practicarse. Los padres perciben que están realizando su labor, en tanto los hijos se observan solos.	<i>"...trato de hablarles con confianza, digamos que soy su amiga"</i>	<i>"...ya estaba acostumbrada a no convivir tanto con ellos"</i>

Continuará...

Continuación

Familia	La importancia de las necesidades de los adolescentes	De acuerdo con Palacios ¹² asumir la responsabilidad como padres, involucra ser guía, hacer frente a los requerimientos y necesidades de los hijos, lo ideal es prevenir situaciones de riesgo que pongan en peligro la vida de los hijos y la integridad de la familia, pero es común caer en situaciones desafortunadas antes de poder descubrir las carencias de la relación familiar.	<i>“...tenemos mamá donde les dices señora su hijo tiene una situación, lo hemos visto -no, no mi hijo no”</i>	<i>“...creo que ellos mismos se dieron cuenta que no darme la confianza desde un inicio me trajo esas consecuencias”</i>
	El ejemplo o modelo de los padres	Según Becoña ¹⁸ la conducta de los miembros de la familia afecta al resto, máxime si se trata de la conducta ejemplar de los padres y de la importancia que ellos tienen en el hogar. En referencia a las drogas, es una conducta muy común que los padres, den a probar alcohol a los hijos y se continúa replicando, lo lamentable es que se hagan desde edades muy cortas, cuando el hijo no tiene una concepción correcta de las adicciones o del peligro que puede tener para su salud el abuso de sustancias.	<i>“...mi mamá me dijo pruébalo – y yo no – pruébalo, prefiero que lo pruebes aquí a que lo vayas a probar quien sabe dónde”</i>	<i>la primera vez que yo tome alcohol, mi papá tenía una adicción al alcohol y yo estaba chiquita y el me ofreció”</i>
	El papel de la familia en la prevención del consumo de drogas	Feito ² establece que el apoyo de los padres siempre será necesario, aun cuando perciban a los hijos como personas autónomas, pensar que el consumo de drogas es algo que todos tienen que experimentar en la vida, no es una manera de dar apoyo y dejar al azar los actos en lo que se involucran los hijos no es lo ideal, ya que frecuentemente están lidiando con situaciones difíciles acorde a su edad.	<i>“...yo conozco dos chicos que viven la droga dentro de su casa y no la prueban, porque tienen una muy mala experiencia viéndola”</i>	<i>“...si tenemos buena comunicación con nuestros papás y nosotros les contamos, ellos nos pueden aconsejar que es malo!”</i>

Fuente: elaboración propia con datos de la investigación

contrasta con lo encontrado en esta investigación donde el conocimiento sobre daños es de nivel bajo.

Finalmente, los hallazgos del estudio coinciden con los de Simón³² quien concluyó que el alcohol era la droga de uso más frecuente debido a que se perciben riesgos bajo

Adolescencia

Se encontró un poco de contradicción entre los grupos focales, referente a la influencia que ejercen los padres sobre los hijos; los padres infieren que son influidos por las amistades, mientras que los hijos afirman que son los padres quienes mayormente les influyen. Pero, coinciden con un estudio realizado por Feito² el cual mostró que existe relación entre el conflicto percibido por los adolescentes y el consumo de sustancias. Así mismo, coincide con Simón³² cuando señala que el apoyo familiar y todo lo que aporte bienestar emocional al adolescente proporciona seguridad, lo cual aleja de las imposiciones grupales.

Familia

De acuerdo con los resultados del GF, los padres no están cumpliendo con los requerimientos de apoyo y guía que los hijos necesitan para mantenerse fuera del peligro de las drogas, en relación con lo indicado en el estudio de Broca³³ al señalar que un mayor control y apoyo por parte de los padres, se asocia con un menor consumo de sustancias en adolescentes. En la población muestra es común que se repliquen conductas de consumo, donde la propia familia propicia el consumo en menores, como lo mencionan Rusby³⁴ quienes examinaron cómo la calidad de la relación con los padres estaba asociada al consumo de alcohol, donde el consumo de alcohol excesivo por parte de los padres predijo la aparición de alcohol en jóvenes.

Conclusiones

El enfoque cualitativo con el que se realizó este trabajo permitió profundizar en la comprensión del papel que juega la familia en el consumo de drogas y las adicciones,

entendiendo que no es válido hacer extrapolaciones que se apliquen a todos los adolescentes o padres de familia. Los resultados incluidos en este artículo parecen escasos, lo que resulta una limitación del trabajo; sin embargo, corresponden al análisis del discurso recogido en los grupos focales y son un reflejo del interés de los participantes.

Es importante establecer que los resultados fueron contrastados con la literatura sobre el tema, lo que permite explorar nuevas interpretaciones que van más allá de los resultados cualitativos.

En importante no perder de vista que es necesario procurar el bienestar emocional de los adolescentes, no sólo en las instituciones educativas sino, también en el hogar. Por ello, es necesario equipar a los padres con las herramientas requeridas, porque muchos de ellos no saben cómo actuar o de qué manera conducirse con los hijos, sobre todo por la predisposición errada con que se habla de la adolescencia como la etapa más difícil de la vida.

Cabe destacar que mientras más apoyo y mejor comunicación obtengan los adolescentes en su entorno familiar, menos prematuro será el acercamiento al consumo de drogas. Los padres influyen mucho en la vida y en las decisiones de los hijos, pero también el ambiente, es decir, la predisposición de sus características biopsicosociales.

Los padres y los hijos tienen una visión distinta sobre el consumo de drogas y sobre el papel de la familia en su prevención. Se identificó la necesidad de generar espacios de reflexión que permitan un diálogo entre padres e hijos. La escuela es el agente idóneo para abrir esos espacios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Consideraciones Éticas

La investigación se realizó atendiendo los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial³⁵, de la Ley General de Salud y del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Debido a que la información fue obtenida a través de grupos focales, se reconoció que participar en el proyecto podía despertar algún malestar emocional o incomodidad entre los participantes, por lo que se calificó como de Riesgo Mínimo y se comentó con los participantes que podría hacerse una pausa en caso de que lo consideraran necesario. Además de la anuencia de las autoridades escolares, los padres de familia firmaron una carta de consentimiento informado y los adolescentes una carta de asentimiento informado, en ambos casos la firma

se realizó después de conocer los objetivos, alcances y términos del proyecto y de la participación de cada uno de ellos. Se garantizó el manejo confidencial de la información brindada y el uso de ésta con fines estrictamente académicos; finalmente, en atención al compromiso adquirido se devolvieron los resultados mediante dos charlas, una dirigida a los padres y otra a los adolescentes, para reflexionar sobre el tema.

Agradecimiento

Se agradece la autorización de la escuela para realizar el estudio, la participación de los padres de familia y de los estudiantes que aceptaron ser parte de los grupos focales.

Referencias

1. Apud I, Oriol R. La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*. 2016; 16(2): 115-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
2. Feito L. El papel de la familia en el consumo de sustancias de adolescentes y jóvenes españoles. Universidad Pontificia Comillas. 2016; 1-30. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/24590/retrieve>
3. Malpica K. ¿Qué es y cómo actúa una droga psicoactiva? *Cultura y Droga*. 2003; 8(10): 281-293. Disponible en: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/5981/5399>
4. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1994. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Gómez RA. Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones [Internet]. Argentina: Editorial Brujas, 2017. Disponible en: <https://www.derechopenalenlared.com/libros/psicologia-de-las-drogodependencias-y-las-adicciones.pdf>
6. Pons X. Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLLIS*. 2008; 4(2): 157-186. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf>
7. Velásquez MC, Ortiz JG. Abuso de drogas: Generalidades Neurológicas y Terapéuticas. 2014; 28(117): 22-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v28i117.14135>



8. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC]. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Centro de información y Educación para la Prevención del abuso de drogas. 2013. Disponible en https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
9. Iglesias JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 2013; 17(2): 88-93. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ¿Qué es la adolescencia? Unicef. 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
11. Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *SciELO*. 2014; 18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002
12. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Revista Ciencias de la Salud*. 2019; 17(1): 5-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/562/56258058001/html/index.html>
13. Becoña E, Martínez U, Calafat A, Juan M, Duch M, Fernández J. ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*. 2012; 24(3): 253-268. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289123569010.pdf>
14. Castro ME, Llanes J. Riesgos Psicosociales Chimalli. En *Modelos Preventivos*. Consejo Nacional Contra las Adicciones. 2002. 45-50 Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>
15. Martínez JL, Fuentes M, Ramos M, Hernández A. Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*. 2003; 15(2): 161- 166. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715201.pdf>
16. Hernanz M. Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015; 35(126): 309-322. doi: 10.4321/S0211-57352015000200006 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265038752006.pdf>
17. Malpartida MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(9). Doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>
18. Becoña E. Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En: Fernández JR, Secades R. *Intervención familiar en la prevención de drogodependencias*. Plan nacional sobre drogas. España: Ministerio del interior; 2002. 112-139. Disponible en: https://pnsd.salud.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/intervencion_familiar.pdf
19. Bezanilla JM, Miranda MA. La familia como grupo social: una reconceptualización. *Alternativas en Psicología*. 2014; 17(29). Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a05.pdf>
20. Lloret D, Segura MC, Carratalá E. Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y Drogas*. 2008; 8(2): 119-135. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83912986001.pdf>
21. Secades R, Fernández JR. Factores de riesgo familiares para el uso de las drogas: un estudio empírico español. En Fernández JR, Secades R. *Intervención familiar en la prevención de drogodependencias*. Plan nacional sobre drogas. España: Ministerios del interior; 2002. 58-111.
22. Tena A, Castro G, Marín R, Gómez P, de la Fuente A, Gómez R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna México*. 2018; 34(2): 264- 277. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
23. Pi A, Cobián A. Clima familiar: una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. *Multimed*. 2016; 20(2): 437-448. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul162q.pdf>
24. Santiago AD, Torres MCP. Conductas de riesgo y dinámica familiar del adolescente y la de sus padres. *Hacia la promoción de la salud*. 2019; 24(2). DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.3 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309162719003>
25. Hamui A, Valera M. La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*. 2012; 2(1): 55-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733230009.pdf>
26. Silveira DS, Colomé CL, Heck T, Silva MN, Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *SciELO*. 2015; 24(1-2). Doi : <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>

27. Onwuegbuzie AJ, Onwuegbuzie WB, Leech NL, Zoran AG. Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en los grupos focales. *Paradigmas*. 2011; 3(1): 127-157. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7480617/un-marco-cualitativo-para-la-recoleccion%C3%B3n-y-an%C3%A1lisis-de-da>
28. Santander P. Porqué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta de Moebio*. 2011; 41: 207- 224. Disponible en: https://ses.unam.mx/docencia/2018I/Santander2011_ComoYPorQueHacerAnálisisDeDiscurso.pdf
29. Van T. Discurso y poder. Contribuciones a los estudios críticos del discurso. Gedisa. 2009. Disponible en: http://www.academia.edu/31203747/204533668_Discurso_y_Poder_pdf
30. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10(2): 50-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a4.pdf>
31. Pérez L, Guirola J, García J, Díaz A, Mastrapa H, Torres JR. Nivel de conocimiento sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2019; 48(4): 780-796. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v48n4/1561-3046-mil-48-04-e232.pdf>
32. Simón M, Fuentes RM, Garrido M, Serrano MD, Díaz MJ, Yubero S. Perfil del consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Science Direct*. 2020; 46(1): 33-40. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2019.06.001>
33. Borca G, Rabaglietti E, Roggero A, Keller P, Haak E, Begotti T. Personal values as a mediator of relations between perceived parental support and control and youth substance use. *Substance use & misuse*. 2017; 52(12): 1589-1601. Doi : <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10826084.2017.1293103>
34. Rusby JC, Light JM, Crowley R, Westling E. Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology*. 2018; 32(3): 310-320. Doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000350>
35. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2008 (Vol. 24, No. 2, pp. 209-212).

Conocimiento, actitudes y acciones de prevención contra el cáncer, del personal de salud en Tamaulipas

Knowledge, attitudes and actions against cancer of health personnel in Tamaulipas

Francisco Alberto Velasco-Canseco¹, Ana Alejandra Valera-Rojo², Carlos Alejandro Martínez-Del Alto³, Emmanuel Alejandro Mata-Bugarín⁴, Hadassa Yuef Martínez-Padrón⁵

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5662

Artículo Original

• Fecha de recibido: 19 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 12 de diciembre de 2023 • Fecha de publicación: 12 de enero de 2024.

Autor de correspondencia

Hadassa Yuef Martínez Padrón. Dirección postal: Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”. Libramiento Guadalupe Victoria S/N, Área de Pajaritos, Ciudad Victoria. C.P. 87087 Tamaulipas, Ciudad Victoria, México.
Correo electrónico: hadassayuef@gmail.com

Resumen

Objetivos: Analizar el grado de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre los factores de riesgo del cáncer, así como evaluar sus actitudes hacia la prevención y las acciones que realizan para prevenir esta enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, transversal y analítico a personal de Salud en Cd. Victoria, Tamaulipas, en el periodo comprendido de marzo a abril de 2023. Se realizó un análisis descriptivo y analítico.

Resultados: El 46.5% de los trabajadores de la salud identificó tener tres o más factores de riesgo para el cáncer. Sin embargo, solo el 27.4% pudo identificar correctamente tres factores de riesgo modificables. Además, hubo una baja adherencia a las pautas de detección, con solo el 33.6% respondiendo correctamente sobre la edad para realizar una mamografía a partir de los 40 años.

Conclusiones: Estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones dirigidas a mejorar la prevención del cáncer entre los trabajadores de la salud, lo que podría tener un impacto significativo en la reducción de la carga de esta enfermedad en México.

Palabras claves: Conocimiento; Prevención; Cáncer.

Abstract

Objectives: Analyze the degree of knowledge of health workers about cancer risk factors, as well as assess their attitudes towards prevention and the actions they take to prevent this disease.

Materials and Methods: Retrospective, cross-sectional and analytical study of a Health person in Cd. Victoria, Tamaulipas, in the period from March to April 2023. A descriptive and analytical analysis was carried out.

Results: 46.5% of health workers identified having three or more risk factors for cancer. However, only 27.4% could correctly identify three modifiable risk factors. In addition, there was low adherence to the screening guidelines, with only 33.6% answering correctly about the age to perform a mammogram after 40 years of age.

Conclusions: These findings support the need for interventions aimed at improving cancer prevention among health workers, which could have a significant impact in reducing the burden of this disease in Mexico.

Keywords: Knowledge, Prevention, Cancer.

¹ Médico Especialista en Radio oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”. Director del Centro Oncológico de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

² Licenciada en Nutrición del Centro Oncológico de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

³ Maestro en Ciencias Médicas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, Jefe de Planeación del Centro Oncológico de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

⁴ Médico General del Centro Oncológico de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

⁵ Doctora en Ciencias. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Gestora de Proyectos de Investigación. Subdirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.



Introducción

El cáncer es una enfermedad en la cual las células del cuerpo comienzan a multiplicarse sin control; es un problema a nivel mundial en salud pública, debido a que es la segunda causa de muerte en Estados Unidos de América, a nivel mundial el cáncer de próstata es el segundo, en frecuencia, con aproximadamente 180,000 nuevos casos por año, más comúnmente presentado en hombres hispanos y de raza negra de edad mayor a 50 años^{1,2}. La tasa de nuevos casos y muertes por cada 100,000: es de 109.8 hombres por año durante el 2018³.

Sin embargo, existen diversos factores que pueden afectar la frecuencia en la que el personal de salud se realiza estos exámenes¹. En un estudio realizado en México, se encontró que sólo el 35% del personal médico había recibido alguna vez una mamografía, y sólo el 38% se había realizado una prueba de detección del cáncer cervicouterino². Otro estudio realizado en Chile encontró que el 68% de los médicos había tenido una colonoscopia, pero sólo el 29% se había realizado una prueba de detección del cáncer de próstata³. Por otra parte, estudios realizados en el mundo han evidenciado que menos de la población trabajadora se había realizado una mamografía en los últimos dos años y el 34% se había sometido a una colonoscopia en los últimos cinco años^{4,5}. Estos resultados sugieren que, a pesar de que el personal de salud tiene conocimientos sobre la importancia de la prevención del cáncer, no se realizan exámenes con la frecuencia recomendada. Algunas posibles razones para esto podrían ser la falta de tiempo debido a las cargas laborales, la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de conciencia sobre la propia salud por parte del personal sanitario⁶.

Otro de los factores de riesgo en los trabajadores de la salud es el trabajo por turnos y el trabajo nocturno que implican un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas en comparación con el trabajo diurno, debido a la desincronización de los ritmos circadianos¹. Por lo tanto, representa un factor de riesgo negativo para la salud de los trabajadores, porque las defensas naturales del ser humano cuerpo se reducen durante la noche. Es necesario considerar que una reducción de los niveles de atención y vigilancia durante la noche, combinado con la falta de sueño y una sensación de cansancio, reducen la eficiencia del trabajo y aumentan la probabilidad de errores y lesiones¹.

En México y Latinoamérica, donde la carga de cáncer es alta, el personal de salud puede tener un impacto significativo en la prevención y el control del cáncer., en México, las tasas de mortalidad por cáncer han aumentado en los últimos años, lo que destaca la importancia de la prevención y detección temprana. Los trabajadores de la salud tienen un papel fundamental en esta tarea, ya que pueden educar

a la población sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano; y pueden detectar la enfermedad en etapas tempranas durante las consultas médicas y de enfermería^{2,3,4,5,6,7,8}.

La frecuencia de los exámenes de prevención del cáncer entre el personal de salud varía según diversos factores como la edad, el género, la especialidad y la región geográfica en la que se encuentran. Además, la prevalencia de pruebas de detección del cáncer en el personal de salud es baja, especialmente en hombres y en profesionales de la salud más jóvenes^{8,9}. En cuanto a la actitud de las personas hacia el tratamiento del cáncer, varios estudios han encontrado una relación con la conducta de prevención del cáncer. Por otra parte, se conoce que las personas que tenían una actitud positiva hacia el tratamiento del cáncer tenían más probabilidades de participar en programas de detección temprana del cáncer de mama. Estos estudios destacan la importancia de considerar los factores de riesgo actitudinales en la prevención y tratamiento del cáncer, así como el papel crucial que desempeñan las actitudes y creencias de las personas⁹. Promover actitudes positivas y motivar la adherencia a las medidas preventivas, puede contribuir significativamente a reducir la carga del cáncer y mejorar los resultados de salud¹⁰.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue analizar el grado de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre los factores de riesgo del cáncer, así como evaluar sus actitudes hacia la prevención y las acciones que realizan para prevenir esta enfermedad.

Materiales y métodos

El presente estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque cuantitativo y descriptivo. La muestra consistió en 2,324 trabajadores del sector salud residentes en el estado de Tamaulipas. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para reclutar a los participantes. La recopilación de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta estructurada online, que abordó aspectos relacionados con las actitudes hacia la prevención del cáncer y la realización de acciones de prevención. La encuesta se llevó a cabo del 1 de marzo al 31 de abril del 2023. La encuesta fue diseñada específicamente para este estudio y se basó en instrumentos previamente validados en la literatura científica. Se evaluaron variables como el conocimiento sobre los tipos de cáncer más frecuentes, los factores de riesgo, la frecuencia de acciones de prevención realizadas y la adherencia a las pautas de detección recomendadas.

Los criterios de inclusión fueron: personal de salud que labora en cualquier institución de salud pública del estado de Tamaulipas, con más de 1 año de antigüedad,

de cualquier sexo, turno y hospital. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para examinar las características sociodemográficas de los participantes, como el género, la edad, la ubicación geográfica y el tipo de empleo en el sector salud. Además, se calcularon frecuencias y porcentajes para evaluar las respuestas relacionadas con el conocimiento y las actitudes hacia la prevención del cáncer.

Resultados

En este estudio participaron 2,324 trabajadores del sector salud, de los cuales el 69.7% (1,619) fueron del género femenino y el 30.3% (704) masculinos. La muestra abarcó diferentes rangos de edad, con un 5.7% (133) menores de 25 años, 23.5% (545) de 25 a 35 años, 29.2% (678) entre 36 y 45 años, 26.5% (615) entre 46 y 55 años y 15.2% (352) mayores de 55 años. Todos los participantes eran residentes del estado de Tamaulipas, distribuidos en las zonas Sur (20.4%), Norte (46.7%), y reportando el 65.6% (1,523) vivir en zona urbana y el 26.6% en zona rural.

En cuanto a la pertenencia al sector público y privado de la salud, el 90.7% (2,108) pertenecía al sector público, el 0.7% (16) al sector privado y el 8.6% (199) pertenecía a ambos sectores. En cuanto al área de desempeño, el 47.2% (1,098) pertenecía al área médica, el 23.8% (554) al área administrativa y el 29% (673) al área paramédica. En relación con los antecedentes familiares de cáncer, el 52.7% (1,225) de los participantes reportó contar con ellos, mientras que el 47.3% (1,099) negó tener antecedentes familiares de esta enfermedad. Además, se identificaron factores de riesgo entre los trabajadores de la salud. Por ejemplo, el 70.4% mencionó no ser fumador, el 72.2% reportó no tener problemas de alcoholismo, el 53.4% mencionó tener obesidad o sobrepeso, el 59% reconocía tener mala alimentación, el 55.2% piensa que lleva una vida sedentaria y el 61.7% considera que tiene un mal manejo del estrés. Esto indica que el 46.5% identifica tener 3 o más factores de riesgo para el cáncer.

El estudio buscó identificar el grado de conocimiento para el diagnóstico de los tipos de cáncer más frecuentes en el país, así como la presencia y frecuencia de acciones de prevención que llevan a cabo los trabajadores de la salud. Se encontró que solo el 27.4% (636) de los participantes pudo señalar correctamente tres factores de riesgo del cáncer modificables, mientras que el 2.9% mencionó dos factores y el 1.2% mencionó uno. Sin embargo, el 68.4% erró en sus respuestas al mencionar factores no modificables como la herencia o factores ambientales.

En cuanto a la realización de pruebas de detección del cáncer, se observaron brechas en el conocimiento y la práctica. Por ejemplo, cuando se les preguntó sobre la edad para realizar la primera mamografía, solo el 33.6% (780)

respondió correctamente a partir de los 40 años, mientras que el 55.1% (1,279) no contestó. Además, aunque el 95.3% (2,214) reportó conocer sobre la autoexploración mamaria, solo el 43.4% la realizaba de forma mensual. Con relación al papanicolau, el 42.1% (978) de los participantes contestó que se debe realizar al inicio de la vida sexual activa, el 12.5% (290) a partir de los 21 años, pero el 40.2% (933) no contestó la pregunta. Respecto a la frecuencia, el 65.8% (1,527) indicó que se debe realizar una vez al año, el 8.8% cada 3 años y el 20.8% no contestó. En cuanto al último papanicolau realizado, 753 participantes lo habían realizado en menos de dos años, 573 entre 2 y 4 años, y 216 hacía más de 4 años. Por otra parte, al preguntarles a los participantes sobre la realización de estudios de cáncer de colon y recto, el 62.1% (1,442) de los participantes afirmó conocer cómo se detecta, mientras que el 37.9% (881) reportó desconocerlo. En cuanto al cáncer de próstata, el 61.3% (1,425) respondió correctamente que se realiza a través del antígeno prostático. En relación con la exploración testicular, el 31.8% (738) indicó que sabía cómo se realiza, mientras que el 31.5% (731) reportó no saberlo (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la evaluación de conocimiento sobre la detección de cáncer en trabajadores de salud.

Conocimiento sobre la Detección del Cáncer	Aciertos (%)	Errores (%)
Mamografía (inicio a los 40 años)	33.6	55.1
Autoexploración mamaria (mensual)	43.4	56.5
Papanicolau (inicio vida sexual activa)	42.1	40.2
Papanicolau (frecuencia anual)	65.8	20.8
Conocimiento sobre prueba de colon y recto	62.1	37.9
Conocimiento sobre detección de cáncer de próstata	61.3	58.7
Conocimiento sobre exploración testicular	31.8	31.5
Total	57	42.9

Fuente: elaboración de los autores.

Estos resultados evidencian la necesidad de mejorar el conocimiento y las actitudes del personal de salud en relación con la prevención del cáncer. La falta de conocimiento preciso y las actitudes erróneas pueden afectar tanto la realización oportuna de pruebas de detección por parte del personal de salud, como su capacidad para motivar a los pacientes a realizar dichos estudios. Es fundamental desarrollar estrategias de capacitación y concientización dirigidas al personal de salud para fomentar una comprensión más profunda de los factores de riesgo modificables, las pautas de detección y la importancia de la prevención del cáncer.

Las actitudes del personal de salud desempeñan un papel crucial en la promoción de la prevención del cáncer. Los resultados del estudio revelaron que existen brechas en el conocimiento y las actitudes hacia la prevención del cáncer entre los trabajadores de la salud. Por ejemplo, se observó

que un porcentaje significativo de participantes erró en la identificación de factores de riesgo modificables y mostró desconocimiento sobre las pautas de detección del cáncer. Estas actitudes erróneas pueden influir en la realización oportuna de pruebas de detección y en la capacidad de motivar a los pacientes a llevar a cabo dichos estudios.

Discusión

Las actitudes del personal de salud desempeñan un papel fundamental en la promoción de la prevención del cáncer. Estudios han demostrado que los profesionales de la salud con una actitud positiva hacia el tratamiento del cáncer están más dispuestos a participar en actividades de detección temprana y promover conductas preventivas entre sus pacientes¹¹. Por ejemplo, investigaciones han encontrado que aquellos médicos y enfermeras con actitudes favorables hacia la prevención del cáncer son más propensos a recomendar y realizar pruebas de detección, como mamografías y colonoscopias, de manera oportuna y adecuada^{12,13,14,15}.

La influencia de las actitudes del personal de salud en la realización de pruebas de detección temprana del cáncer puede ser significativa¹⁶. La confianza y el apoyo brindados por los profesionales de la salud pueden motivar a los pacientes a someterse a estas pruebas, lo que a su vez contribuye a la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer^{17,18}.

Además, la actitud positiva del personal de salud puede transmitir un mensaje de importancia y conciencia sobre la prevención del cáncer, lo que podría motivar a los pacientes a adoptar comportamientos saludables y participar en programas de detección temprana¹⁸. Sin embargo, es importante destacar que las actitudes del personal de salud no solo se ven influenciadas por factores internos, sino también por factores externos, como la disponibilidad de recursos y la capacitación en detección temprana del cáncer¹⁹. Es fundamental que los profesionales de la salud reciban una formación adecuada y estén actualizados sobre las directrices y las mejores prácticas en la prevención y detección del cáncer. Además, se deben implementar estrategias para promover actitudes positivas y fomentar la conciencia sobre la importancia de la detección temprana del cáncer, tanto en el personal de salud como en la población en general^{12,15,20}.

Por otro lado, surgieron estudios en otras regiones del mundo que muestran conductas preventivas contra el cáncer en el personal de salud, lo que sugiere que no ocurre esa resistencia en este sector. Se conoce que la mayoría de los médicos y enfermeras se realizaban exámenes de detección del cáncer de mama y de colon con una frecuencia adecuada, pero la frecuencia de realización de exámenes de detección del cáncer de pulmón y cervicouterino era baja²¹. Además,

los trabajadores de salud se han realizado exámenes de detección del cáncer de mama y colon en los últimos dos años, pero solo una minoría había realizado un examen de detección del cáncer de cuello uterino en el mismo período. Además, se encontró que la edad, el sexo y el nivel de conocimiento sobre la prevención y la detección temprana del cáncer, se asociaban con la realización de exámenes de detección^{22,23}.

Conclusiones

En la presente investigación, se observó que el conocimiento y acciones de prevención contra el cáncer del personal de salud en Tamaulipas es bajo, por lo que es necesario la implementación de una estrategia institucional que esté enfocada en la capacitación continua del personal, con el propósito de evaluar y diagnosticar enfermedades en etapas oportunas para su tratamiento. La prevención de cáncer en los trabajadores, a partir de análisis de laboratorio, clínico y de imagenología, debe ser una estrategia institucional para la reducción de la carga de esta enfermedad en México.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Consideraciones éticas

Este estudio no representa ningún riesgo para la salud, al tratarse de un estudio retrospectivo. Por esto, no es necesario la obtención de consentimiento informado, como establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II.

Contribución de los autores

Conceptualización: FAVC, CAMD, Curación de datos: FAVC, CAMD, HYMP; Análisis formal: FAVC, CAMD, HYMP; Adquisición de Financiamiento: No aplica. Investigación: FAVC, CAMD; Metodología: FAVC, CAMD, AAVR, AEMB, HYMP; Administración de proyecto: FAVC, CAMD, AAVR, AEMB; Recursos: FAVC, CAMD, AAVR, AEMB, HYMP; Software: FAVC, CAMD, HYMP; Supervisión: FAVC, CAMD, HYMP; Validación: FAVC, CAMD, HYMP; Visualización: FAVC, CAMD, HYMP; Redacción – Borrador original: FAVC, CAMD, HYMP; Redacción: revisión y edición: FAVC, CAMD, HYMP.

Referencias

1. Deandrea S, Molina-Barceló A, Ulutürk A, Moreno-Montoya J, Redondo-Sánchez D, Sarriguarte-Iriarte J. Health care workers and mammography screening: A meta-analysis. *International Journal of Cancer*. 2016; 139(1), 14-35. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.021>
2. Nelson ED, Slotoroff CB, Gomella LG, Halpern EJ. Targeted biopsy of the prostate: the impact of color Doppler imaging and elastography on prostate cancer detection and Gleason score. *Urology*. 2007;70:1136–1140. doi: 10.1016/j.urology.2007.07.067.
3. Turkbey B, Mani H, Shah V, et al Multiparametric 3T prostate magnetic resonance imaging to detect cancer: histopathological correlation using prostatectomy specimens processed in customized magnetic resonance imaging based molds. *J Urol*. 2011;186:1818–1824.
4. Ceballos-García GJ, Giraldo-Mora CV. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*, 2011; 11(2), 140–157. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1897>
5. Ponce-Chazarri L, Ponce-Blandón JA, Immordino P, Giordano A, Morales F. Barriers to Breast Cancer-Screening Adherence in Vulnerable Populations. *Cancers (Basel)*. 2023; 18;15(3):604. <https://doi.org/10.3390/cancers15030604>
6. Wu Z, Liu Y, Li X, Song B, Ni C, Lin F. Factors associated with breast cancer screening participation among women in mainland China: a systematic review. *BMJ Open*. 2019 26;9(8):e028705. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028705>
7. Qin X, Nagler RH, Fowler EF, Gollust SE. U.S. women's perceived importance of the harms and benefits of mammograms and associations with screening ambivalence: Results from a national survey. *Prev Med*. 2019; 123:130-137. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.023>
8. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017; 92(1):129-146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
9. Milling EP, Dávila ME, Tomar SL, Dodd VJ. Impact of the promotora model on the improvement of oral health knowledge of caregivers. *Rev. salud pública*. 2019; 21(1):64-9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/73770/72993>
10. Heena, H., Durrani, S., Riaz, M. AlFayyad I, Tabasim R, Parvez G, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Women's Health* 2019; 19, 122. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0819-x>
11. Crosby D, Bhatia S, Brindle KM, Coussens LM, Dive C, Emberton M, Esener S, Fitzgerald RC, Gambhir SS, Kuhn P, Rebbeck TR, Balasubramanian S. Early detection of cancer. *Science*. 2022; 18;375(6586):eaay9040. doi: 10.1126/science.aay9040. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35298272. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.aay9040>
12. Rojas-Reyes J, Flórez-Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*. 2016; 16(3):328-339. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>
13. Honda K, Neugut AI. Associations between perceived cancer risk and established risk factors in a national community sample. *Cancer Detection and Prevention*, 2004; 28(1) 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.cdp.2003.12.001>
14. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M, Nuin-Villanueva M. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018 May;50 Suppl 1(Suppl 1):41-65. Spanish. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30362-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30362-7)
15. Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol*. 2019; 14(2):89-103. <https://www.termedia.pl/Epidemiology-of-colorectal-cancer-incidence-mortality-survival-and-risk-factors,41,34580,1,1.html>
16. Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Warren R, Kenny M, Sherifali D, Raina P. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Colorectal Cancer*. 2016 Dec;15(4):298-313. [https://www.clinical-colorectal-cancer.com/article/S1533-0028\(16\)30028-7/fulltext](https://www.clinical-colorectal-cancer.com/article/S1533-0028(16)30028-7/fulltext)
17. Haas JS, Sprague BL, Klabunde CN, Tosteson AN, Chen JS, Bitton A, Beaber EF, Onega T, Kim JJ, MacLean CD, Harris K, Yamartino P, Howe K, Pearson L, Feldman S, Brawarsky P, Schapira MM; PROSPR (Population-based Research Optimizing Screening through Personalized Regimens) Consortium. Provider Attitudes and Screening Practices Following Changes in Breast and Cervical Cancer Screening Guidelines. *J Gen Intern Med*. 2016 Jan;31(1):52-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3449-5>



18. Reynoso-Noverón N, Chang S, Herrera-Montalvo LA, Meneses-García A. Cancer Prevention Behaviors in Workers of a Referral Cancer Center in Mexico City: A Pilot Study on Early Detection Awareness for Cancer. *Cancer Control*. 2022 29:10732748221133625. <https://doi.org/10.1177/10732748221133625>
19. Saulle R, Bernardi M, Chiarini M, Backhaus I, La Torre G. Shift work, overweight and obesity in health professionals: A systematic review and meta-analysis. *La Clinica terapeutica*. 2018;169(4):e189-e197. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30151553/>
20. Petrelli F, Scuri S, Tanzi E, Nguyen C, Grappasonni I. Public health and burnout: A survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomedica*. 2018;90(1):24-30. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.7626>
21. Gaona-Pineda EB, Martínez-Tapia B, Arango-Angarita A, et al. Consumo de grupos de alimentos y factores sociodemográficos en población mexicana [Food groups consumption and sociodemographic characteristics in Mexican population]. *Salud Publica Mex*. 2018;60(3):272-282. <https://doi.org/10.21149/8803>
22. Zhang Q, Chair SY, Lo SHS, Chau JP, Schwade M, Zhao X. Association between shift work and obesity among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;112:103757. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103757>
23. Tavares Amaro MG, Conde de Almeida RA, Marques Donalsonso B, Mazzo A, Negrato CA. Prevalence of overweight and obesity among health professionals with shift work schedules: A scoping review. *Chronobiology International*. 2023: 40(3):343-352. <https://doi.org/10.1080/07420528.2023.2174879>

Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados

Quality Service: servqual methodology and patient satisfaction in hospitals

María Teresa-de-la-Garza-Carranza¹,  Alejandra-Calderón-Pérez², 
Mónica Lucía-Reyes-Berlanga³,  María Angélica-García-Torres⁴, 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5697

Artículo Original

• Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 12 de diciembre de 2023 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

María Teresa de la Garza Carranza. Dirección postal: Tecnológico Nacional de México en Celaya,
Antonio García Cubas Pte #1200 esq. Ignacio Borunda Celaya, Guanajuato. México.
Correo electrónico: Teresa.garza@itcelaya.edu.mx

Resumen

Objetivo: Determinar la relación existente entre la satisfacción de los pacientes hospitalizados y la calidad en el servicio en un hospital público del Estado de Guanajuato, mediante la metodología SERVQUAL.

Materiales y métodos: Estudio de diseño cuantitativo correlacional y de validación de instrumentos de medición. Se contó con la participación de 191 pacientes internados en cuatro servicios de hospital.

Resultados: Los resultados comprobaron que el cuestionario utilizado cumple con los parámetros de confiabilidad. Adicionalmente se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar los factores del SERVQUAL que influyen en la satisfacción del paciente y se encontró que los factores influyentes son tangibilidad, fiabilidad, seguridad y empatía ($F=111.17$, $p < 0.001$), lo que indica una relación altamente significativa.

Conclusiones: Las variables del SERVQUAL identificadas como influyentes en la calidad del servicio presentan una asociación positiva (tangibilidad, fiabilidad y empatía). La variable capacidad de respuesta no presenta un valor significativo en la regresión. Sin embargo, la variable seguridad presenta una asociación negativa lo cual implica que el paciente percibe que hace falta comunicación en los procedimientos aplicados por parte del personal y la amabilidad con la cual es atendido.

Palabras Clave: Control de calidad, Salud pública, Seguridad del paciente.

Abstract

Objective: Determine the relationship between the satisfaction of hospitalized patients and the quality of service in a public hospital in the State of Guanajuato, through the SERVQUAL methodology.

Materials and methods: Correlational quantitative design study and validation of measurement instruments. 191 patients of four hospital service were interviewed.

Results: The results confirmed that the questionnaire used meets the reliability parameters. Additionally, a multiple linear regression analysis was carried out to identify the SERVQUAL factors that influence patient satisfaction and it was found that the influential factors are tangibility, reliability, security and empathy ($F=111.17$, $p < 0.001$), which indicates a highly significant relationship.

Conclusions: The SERVQUAL variables identified as influencing service quality present a positive association (tangibility, reliability and empathy). The responsiveness variable does not present a significant value in the regression. However, the security variable presents a negative association which implies that the patient perceives that there is a lack of communication in the procedures applied by the staff and the kindness with which he is cared for.

Keywords: Quality control, public health, Patient Safety.

¹. Doctora en Ciencias Administrativas por el Instituto Politécnico Nacional, Profesora-Investigadora de tiempo completo del Tecnológico Nacional de México en Celaya. Celaya, Guanajuato, México.

² Licenciada en Nutrición, Estudiante de posgrado en gestión Administrativa en tecnológico Nacional de México en Celaya. Celaya, Guanajuato, México.

³ Médico pediatra con especialidad en infectología, Doctora en Administración y Estudios Organizacionales por la Universidad de la Salle Bajío. Adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona #2, con Medicina Familiar en Irapuato. Irapuato, Guanajuato, México.

⁴ Licenciada en enfermería y obstetricia con Maestría en enfermería. Jefa de enfermería, adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona #2, con Medicina Familiar en Irapuato. Irapuato, Guanajuato, México.



Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados. Lo anterior debe de realizarse con base a mediciones precisas que nos den lineamientos en la mejora de la salud a través de estrategias de actuación. La atención de salud de calidad puede definirse de diversas maneras dependiendo de las variables que se utilicen a nivel general o específico, pero cada vez se reconoce más que los servicios de salud de calidad deben ser:

- 1) Eficaz: proporcionar servicios de atención sanitaria basados en evidencia a quienes los necesitan;
- 2) Seguro: evitar daños a las personas a quienes se destina la atención; y
- 3) Centrado en las personas: brindar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales.

Adicionalmente, los servicios de salud deben de ser oportunos para que respondan a las necesidades de los pacientes. Deben buscar ser eficientes en el uso de los recursos, atender a todas las personas sin importar su origen y además deben integrar una gama amplia de servicios desde los más sencillos (atención primaria) hasta la especializada. La atención de los servicios médicos requiere de los más altos estándares ya que están en juego las vidas de las personas y por tanto los profesionales de la salud deben de estar al tanto de los requerimientos de un servicio de calidad².

Los servicios sanitarios dependen de la interacción entre el paciente y el proveedor de servicios que pueden ser públicos o privados, e implican factores como la puntualidad, la coherencia y la precisión que algunas veces son difíciles de medir. La atención que se le brinda a cada paciente es única ya que cada persona que requiere el servicio presenta características diferentes. Es por esta razón que los estándares son difíciles de establecer³. Evaluar y medir de manera justa la situación de los servicios de salud puede ayudar a los administradores y profesionales a identificar áreas oscuras donde se debe trabajar más para mejorar los niveles de calidad del servicio en el futuro. Las mediciones facilitan la interpretación y comparación de los resultados de los servicios y son más útiles cuando se basan en el juicio de los profesionales, especialmente los pacientes y los profesionales de la salud⁴. Sin embargo, una de las más altas complicaciones que se presentan en los mercados de atención médica, es definir e identificar como será medida la calidad del servicio⁵.

De acuerdo con Endeshaw⁶ del servicio hospitalario puede ser medida a través de diferentes modelos (Servqual, Helthqual, PubHostQual, etc.). Todos estos modelos tienen diferentes parámetros de evaluación o han sido diseñados para fines específicos como el caso de los hospitales públicos. Sin embargo el modelo más utilizado es el Servqual. El desarrollo del modelo del Servqual fue propuesto por Parasuraman, Berry y Zeithaml⁷, es una metodología genérica que busca identificar el nivel de servicio al cliente y puede ser utilizada tanto en hoteles, restaurantes, aseguradoras, etc. Los estudios realizados con el SERVQUAL en hospitales han servido como guía para determinar las mejoras que deben de ser utilizadas en el servicio al paciente⁸ y ha probado su validez tanto en hospitales públicos como en privados⁹.

Es importante distinguir entre los pacientes de consulta externa que únicamente acuden al hospital por diagnóstico y seguimiento de su estado de salud, a los que están internados los cuales requieren de un servicio especializado por diversas razones. La calidad en el servicio del paciente externo generalmente es evaluada por la calidad de la consulta, el tiempo de espera, la accesibilidad, etc¹⁰. Para poder evaluar de manera efectiva la atención en el servicio, es necesario realizar diagnósticos por tipo de servicio: urgencias, hospitalización, consulta médica, etc^{11,12}.

El cuestionario de SERVQUAL comprende cinco dimensiones: Tangibles, instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal. Fiabilidad, es la capacidad para realizar el servicio de forma precisa y confiable. Capacidad de respuesta: se refiere a la voluntad de ayudar a los pacientes y proporcionar un servicio rápido. Aseguramiento, se relaciona con el conocimiento del personal médico, la cortesía y capacidad para transmitir confianza y seguridad por parte del personal del servicio. Empatía: el cariño y atención individualizada proporcionado a los pacientes. La idea original del SERVQUAL es medir la diferencia entre el servicio percibido y el servicio deseado para de esta manera poder tomar acciones correctivas. Debido a que este modelo para evaluar la calidad en el servicio ha tenido mucha popularidad, los hospitales no han sido la excepción y se han desarrollado escalas específicas para la calidad en el servicio hospitalario¹³. Bajo esta metodología, podemos encontrar ejemplos en Turquía¹⁴, Irán¹⁵, Estados Unidos¹⁶, etc.

Aunque existen otros modelos que únicamente miden las percepciones del servicio como el SERVPERF¹⁷ en nuestro estudio únicamente se utilizó el cuestionario de medición de percepción del SERVQUAL, debido a que en el diseño de nuestra investigación no se contempló que el paciente identificara la diferencia entre lo deseado y lo percibido por razones del tiempo en el levantamiento de la información. El

modelo que se utilizó para hacer la medición de calidad en el servicio comprende 17 ítems y fue validado por Meesala y Paul¹⁸ en 2018 tomando en consideración consulta con expertos en el área médica. En el estudio de Luna-Espinoza y Torres-Fragoso¹⁹ realizado en hospitales mexicanos, utilizaron el SERVPERF pero tuvieron que hacer algunas modificaciones al cuestionario original para que fuera más accesible a los usuarios. Es decir, aunque existen modelos para evaluar la calidad en el servicio, no hay hasta la fecha un consenso para realizarlo de un modelo único para hospitales²⁰.

La calidad del servicio y la satisfacción del paciente están relacionados. Los investigadores han identificado a la satisfacción del paciente como sus percepciones psicológicas o cognitivas que se brinda desde la atención médica^{17,21}. De acuerdo con Amin y Nasharuddin²², la satisfacción del paciente se define como el juicio hecho por los pacientes sobre sus expectativas de los servicios de atención que recibió. La práctica médica es de carácter multidisciplinario ya que intervienen diferentes servicios dentro de la misma institución (enfermería, especialidades médicas, farmacia, etc.) por lo que es difícil de evaluar, pero debe de ser mejorada estableciendo parámetros de calidad²³.

Bajo las circunstancias actuales debidas a los cambios propuestos por el Gobierno Federal al Sistema de Salud Pública, donde se integran al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la forma de IMSS Bienestar los recursos que antes se destinaban a otros sistemas (Seguro Popular, Instituto de Salud para el Bienestar-INSABI), los usuarios potenciales de las instalaciones del IMSS cada día se incrementan. Especialmente en el Hospital General de Zona #2 de Irapuato, se calcula que los usuarios potenciales son alrededor de 400,000. Esto representa una constante preocupación para el personal administrativo y médico. Es por esta razón que, a través de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, se realizó un convenio para desarrollar un proyecto de investigación que diera a conocer el nivel de satisfacción del paciente en el área de hospitalización. El área de hospitalización cuenta con 70 camas en cinco servicios principales: Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Traumatología. En este caso, el servicio de pediatría no fue evaluado porque no se concedió el permiso evaluar la percepción de menores. Para llevar a cabo la presente investigación se propone como objetivo general: Medir la calidad en el servicio a través de la satisfacción del paciente hospitalizado en el HGZ MF 2 con el modelo SERVQUAL y su nivel de satisfacción.

Materiales y métodos

El proyecto de investigación se realizó en un hospital público de Guanajuato, México; para lo cual se realizaron

los convenios de colaboración pertinentes y además se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y del Comité de Investigación del IMSS-HGZ-2. Los datos se levantaron entre los pacientes hospitalizados en cuatro servicios del hospital y en diferentes tiempos debido a que los pacientes ingresan y son dados de alta dependiendo del padecimiento. Se buscó no tener pacientes duplicados, aunque el paciente tuviera una larga estancia. Se obtuvo una muestra de 191 pacientes, algunos datos fueron eliminados de la base de datos por tratarse de servicios ambulatorios como el de hemodiálisis. Por lo tanto, se trata de una muestra transversal a través de un cuestionario. El cuestionario fue realizado de manera electrónica y se obtuvo la participación de estudiantes de maestría y licenciatura en el levantamiento de los datos en el sitio.

El instrumento fue tomado a partir del estudio de Meesala y Paul¹⁸ realizado en la India. Estos autores argumentan que no ha habido estudios sobre la calidad del servicio hospitalario en países en desarrollo, donde existe una gran cantidad de población y que la mayoría de ésta depende del servicio público en salud. Para probar la confiabilidad del instrumento se realizó el análisis factorial exploratorio Análisis Factorial Exploratorio (AFE). El análisis factorial exploratorio es un procedimiento multivariante que permite identificar si los ítems de un cuestionario están asociados a un factor en común. El procedimiento busca identificar aquellos ítems que estén relacionados por sus correlaciones y discrimina a aquellos ítems que no están relacionados.

Para identificar la validez de los cuestionarios primeramente se calcularon las comunalidades o la varianza que puede ser atribuida a la variable latente o factor. Como segundo paso para identificar la adecuación de la muestra se obtuvo el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), los valores cercanos a 1 indican que los patrones correlacionales son relativamente compactos y por tanto el resultado del análisis factorial proporciona factores diferentes y confiables. Como tercer paso se realizó la prueba de Bartlett nos dice si nuestra matriz de correlación es significativamente diferente de una matriz de identidad. Por lo tanto, si la prueba es significativa entonces significa que las correlaciones entre las variables son significativamente diferentes de cero²⁴. Los resultados del análisis factorial de los cuestionarios incluyen comunalidades, carga factorial obteniendo un cuestionario sólido y confiable. Es importante mencionar que se analizó cada variable de manera independiente.

Resultados

A continuación, se representan la tabla 1 los datos descriptivos de la muestra. Como se puede observar, se tomaron en cuenta 5 servicios médicos, la población recurrente es de edades de mayores de 61 años y menores de edad. La

escolaridad predominante es secundaria y la ocupación que se presenta con mayor frecuencia es técnico / ama de casa. Se encuestaron aproximadamente el mismo número de hombres que de mujeres.

Tabla 1. “Datos demográficos”.

Variable	Número	Porcentaje
Servicio		
1 Medicina Interna	44	23.0
2 Cirugía	67	35.1
3 Ginecología y obstetricia	50	26.2
4 Traumatología y ortopedia	30	15.7
Edad		
15-25 años	40	21.0
26-30	16	8.4
30-40	23	12.1
41-50	36	18.9
51-60	18	9.4
Más de 61	57	30.0
Escolaridad		
0 Ninguna	24	12.6
1 Primaria	41	21.6
2 Secundaria	69	36.3
3 Preparatoria	43	22.6
4 Licenciatura	13	6.8
0 Ninguna	15	7.9
1 Ama de casa	47	24.7
2 Pensionado	14	7.4
3 Comerciante	7	3.7
4 Técnico/empleado	70	36.8
5 Personal administrativo	29	15.3
6 Agricultor	4	2.1
7 Estudiante	4	2.1
Género		
1 Femenino	90	48.4
2 Masculino	96	51.6

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, en la Tabla 2, se muestra la validación del cuestionario. Como resultado del análisis factorial exploratorio (AFE); se muestran los principales indicadores como las comunalidades, la carga factorial el Alpha de Cronbach y la bondad de ajuste de la prueba.

Para analizar la relación entre las variables, se decidió utilizar una regresión lineal múltiple (Tabla 3). Este método estadístico multivariado nos permite analizar la influencia de

las variables independientes sobre la variable dependiente. En este caso, las variables independientes están relacionadas con el SERVQUAL (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía) y la variable dependiente es la “satisfacción del paciente”. Para realizar el análisis se utilizó el método “hacia atrás” ya que maximiza el valor de la variable predictiva y suprime los valores de las variables no predictivas²⁴.

Los resultados muestran dos modelos, el primer modelo considera todas las variables que el SERVQUAL propone. El segundo modelo excluye la variable de “capacidad de respuesta” debido a que no tiene una significancia estadística en la explicación de la regresión. Como se puede observar en la tabla 3, los dos modelos tienen una validez estadística ($F = 89.32$ $p < 0.00$; $F = 111.17$ $p < 0.00$) pero se observa un mayor ajuste en el modelo 2. La varianza explicada R^2 es de 0.701 para ambos modelos, lo cual implica que el modelo explica el 70% de la variabilidad. Los modelos no tienen problemas de multicolinealidad, debido a que el valor del indicador Factor de Inflación de la Varianza (VIF) es menor de diez. También se realizó un análisis de los residuos y se encontró un patrón aleatorio con relación a la variable predictiva. Por tanto, la ecuación de la regresión múltiple en valores estandarizados del modelo 2, puede ser expresada de la siguiente manera:

$$Y = 0.60 x_1 + 0.32x_2 - 0.2x_3 + 0.63 x_4 + \xi$$

Donde x_1 representa a la variable tangibilidad, x_2 representa a la variable fiabilidad, x_3 representa a la variable seguridad y x_4 representa a la variable empatía. La variable Y es la variable dependiente y mide la satisfacción del paciente. La ecuación final del modelo 2 no incluyó la variable capacidad de respuesta debido a que estadísticamente no tiene un peso significativo ($p < 0.05$). Es de llamar la atención que la variable seguridad que implica que el paciente se encuentre informado y se relaciona con los procedimientos internos, tiene un valor negativo lo que implica que al no estar enterado o si el personal no cumple con los requerimientos, la satisfacción del paciente disminuye. Tomando en consideración los resultados presentados podemos concluir que existe una relación entre la variable satisfacción del paciente y la variable de tangibilidad, fiabilidad, seguridad y empatía. Es decir, en nuestro caso de estudio estas variables están influyendo en la satisfacción del paciente.

Discusión

Aunque existen diversos estudios sobre la calidad hospitalaria en diferentes países de Latino América^{25,26} se han evaluado diferentes servicios dentro de los hospitales. Los servicios pueden incluir las áreas de ginecología y obstetricia, cirugía, consulta en general, urgencias, atención en farmacia, etc. Los resultados son variados dependiendo de la metodología,

Tabla 2. “Resultado del análisis factorial” .

Variable		Comunalidades	Carga factorial	
Tangibilidad				
1	las instalaciones del servicio se encuentran en perfectas condiciones.	.742	.869	
2	los equipos del servicio son modernos-	.728	.862	
3	los materiales con que trabaja el servicio son de calidad.	.756	.853	
4	la apariencia del personal del servicio es pulcra.	.493	.702	
KMO				.789
Prueba de Bartlett				P<0.00
Varianza explicada				67.978 %
Alpha de Cronbach				.838
Fiabilidad				
1	El personal de servicio cumple con el trabajo solicitado	.635	0.878	
2	La información proporcionada por el servicio es sin errores	.647	0.831	
3	El servicio que ofrece el área es óptimo y efectivo	.772	0.805	
4	El tiempo de respuesta del trabajo solicitado del servicio es rápido	.691	0.797	
5	El personal del servicio muestra interés por resolver cualquier problema	.607	.779	
KMO				.830
Prueba de Bartlett				P<0.00
Varianza explicada				67.043
Alpha de Cronbach				.874
Capacidad de respuesta				
1	El personal de área comunica los pasos para realizar un servicio	.466	.901	
2	El personal del área ofrece un servicio rápido	.769	.877	
3	El personal del servicio siempre está dispuesto a ayudar	.812	.785	
4	El personal de servicio nunca está ocupado para resolver problemas.	.617	.683	
KMO				0.761
Prueba de Bartlett				P<0.00
Varianza explicada				66.60
Alpha de Cronbach				0.826
Seguridad				
1	La información proporcionada por el servicio es confiable	0.783	0.885	
2	El personal de servicio respeta los parámetros de seguridad	0.813	.902	
3	El personal de servicio posee el conocimiento para resolver problemas	.685	.828	
4	El personal de servicio es amable	.600	.775	
KMO				0.810
Prueba de Bartlett				P<0.00
Varianza explicada				72.017
Alpha de Cronbach				.869
Empatía				
1	El personal de servicio es atento para resolver problemas	.720	.848	
2	El personal de servicio muestra preocupación por los errores cometidos	.746	0.864	
3	El personal de servicio comprende las necesidades de los pacientes	.786	.886	
4	La atención ofrecida por el servicio es personalizada	.588	.767	
5	El horario de atención de consulta del servicio es conveniente para los pacientes.	.598	0.773	

Continuará...

Continuación

KMO				0.834
Prueba de Bartlett				P<0.00
Varianza explicada				68.754
Alpha de Cronbach				0.881
Satisfacción del paciente				
1	Estoy satisfecho con los servicios del hospital	0.822	.907	
2	Mi tratamiento médico es exitoso	0.704	.839	
3	El hospital ha superado mis expectativas	0.801	.895	
4	Prefiero este servicio médico ya que estoy satisfecho	0.809	0.899	
KMO				.797
Prueba de Bartlett				P<0.00
Varianza explicada				78.387
Alpha de Cronbach				.907

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. “Resultados de la regresión múltiple para la variable dependiente satisfacción del paciente”.

Variables independientes	Coefficientes estandarizados de β	Estadístico t	Significancia de t	VIF	F	R ²
Modelo 1						
Tangibilidad	.154	2.524	.012	2.339		
Fiabilidad	.282	3.325	.001	4.530		
Capacidad de respuesta	.098	1.129	.260	4.739		
Seguridad	-.221	-2.823	.005	3.860		
Empatía	.586	7.278	.000	4.077		
					89.32	0.701
Modelo 2						
Tangibilidad	.161	2.658	.009	2.312		
Fiabilidad	.316	3.977	.000	3.966		
Seguridad	-.212	-2.721	.007	3.821		
Empatía	.630	8.983	.000	3.095		
					111.17	0.701

Fuente: Elaboración propia.

el lugar, y el servicio²⁷. Los estudios de Miranda *et al.*²⁸ sugieren que las prácticas de gestión modernas no han llegado a los centros hospitalarios, pues la administración está a cargo generalmente de médicos que no tienen una formación en gestión.

En un estudio realizado por Luna-Domínguez *et al.*²⁹. En México donde compara tres tipos de servicios hospitalarios (IMSS, servicio privado y Seguro Popular) encontraron que un factor influyente en la calidad del servicio es enfermería. En nuestros resultados la variable “seguridad” afecta negativamente a la percepción de satisfacción del paciente. Es necesario hacer investigación adicional en este sentido ya que el paciente no confía en el personal (médico o de enfermería) su seguridad, posiblemente por desconocimiento. Adicionalmente, la variable “capacidad de respuesta” no está impactando en la regresión. Ambas variables, tienen que

ver con los procedimientos que se le da al paciente como respuesta a su padecimiento, esto nos indica que el paciente se encuentra poco informado de su situación y que no percibe que estas variables influyan positivamente en la percepción de la calidad. En este sentido, existen áreas de oportunidad para mejorar el servicio, ya que de las cinco variables que el SERVQUAL propone no todas están relacionadas con la variable dependiente. La variable “capacidad de respuesta” es un indicador clave para el paciente pues nos indica que el usuario cuenta con poca información y el personal se muestra poco dispuesto a ayudar al paciente. Es necesario dar capacitación tanto a los médicos como a las enfermeras para mejorar la satisfacción del paciente.

Las preguntas que contestaron los pacientes no fueron las mismas en el estudio presentado por Luna-Domínguez *et al.*²⁹ y el nuestro, pero en sí coinciden en que el personal de

enfermería es crítico en el proceso de calidad en el servicio y satisfacción del paciente. En estudios posteriores es necesario identificar la influencia de estas variables no solo en el ámbito de hospitalización, sino también en otro tipo de servicio como urgencias, atención ambulatoria, etc. Pero de acuerdo con nuestros resultados es necesario incrementar la comunicación entre los pacientes y el personal, para que se establezca un lazo de confianza y de esta manera incidir en los indicadores de calidad en el servicio y satisfacción del paciente.

Los hospitales al igual que cualquier otro tipo de organización, deberían tener un sistema de aseguramiento de la calidad donde se identifiquen de manera temprana los errores y de esta manera, hacer un seguimiento de estos. Estudios en otras partes del mundo³⁰, demuestran que implementar un sistema de aseguramiento de calidad tiene repercusiones importantes en la calidad del servicio que se le brinda al paciente. La salud de la población impacta positivamente a la productividad. Los sistemas de salud pública deben de ser de calidad para que los diferentes padecimientos sean atendidos de manera adecuada³¹.

Conclusión

La calidad en el servicio hospitalario es un asunto pendiente en la mayoría de los servicios de salud, especialmente en los públicos. Para mejorar el servicio es necesario que los administradores y tomadores de decisiones consideren las herramientas de gestión disponibles para mejorar el servicio, como es la implementación de sistemas de calidad. Las metodologías para apoyar a los sistemas de calidad son variadas como el modelo SERVQUAL, aunque existen otras como el SERVPERF, el Helthqual, etc. La comunicación entre paciente y personal médico es indispensable para que la satisfacción del usuario se incremente. Además, para que exista una confiabilidad en el sistema de salud, se tiene que considerar la percepción del paciente en relación con los indicadores de calidad; éstos ayudarán a identificar los puntos de mejora para brindar un mejor servicio. Por tanto, es necesario realizar más estudios como el aquí presentado para identificar coincidencias y diferencias en los sistemas de salud públicos de México, esto puede ayudar a desarrollar una estrategia de mejora integral en los diversos centros de atención de salud.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses

Consideraciones éticas

El actual estudio se llevó a cabo con estricta adherencia a los principios éticos fundamentales de la investigación. Se

alcanzó la aprobación del Comité de Ética del IMSS-HGZ-2 para garantizar que todas las actividades de investigación cumplieran con las consideraciones éticas establecidas. Se formaron criterios de inclusión y exclusión específicos por la institución y el comité de ética. Se proporcionó a todos los participantes información detallada sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados y cualquier riesgo potencial asociado. Además, se mostró el consentimiento informado a cada participante antes de su inclusión en la investigación, asegurando así su pleno conocimiento y consentimiento voluntario. Se implementaron medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información de los participantes. Todos los datos recopilados se trataron de manera confidencial, utilizando identificadores anónimos o códigos numéricos para proteger la identidad de los sujetos de estudio. Cualquier cambio en el diseño o procedimiento del estudio que afectara la integridad ética del mismo fue notificado y recibió la aprobación del Comité de Ética antes de su implementación. En caso de que surgieran problemas éticos durante el curso del estudio, se abordaron de inmediato con la supervisión del Comité de Ética, garantizando una respuesta ética y responsable. La transparencia y la integridad en la presentación de los resultados y conclusiones se mantuvieron en todo momento, evitando sesgos y tergiversaciones.

Contribución de los autores

Conceptualización: M.T.G.C, M.L.R.B y A.C.P.; Curación de datos: A.C.P.; Análisis formal: M.T.G.C.; Adquisición de Financiamiento: M.L.R.B.; Investigación: M.T.G.C, M.L.R.B, A.C.P. y M.A.G.T.; Metodología: M.T.G.C y A.C.P Administración de proyecto: M.T.G.C.; Recursos: M.L.R.B.; Software: M.T.G.C.; Supervisión: M.L.R.B y M.A.G.T; Validación: M.T.G.C.; Visualización: A.C.P.; Redacción – Borrador original: M.T.G.C y A.C.P.; Redacción: revisión y edición: M.T.G.C, M.L.R.B, A.C.P. y M.A.G.T.

Referencias

1. Reenergizando el mundo[internet].[Organización mundial de la salud]:c2023.[consultado el 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/re-energising-the-world!>
2. Fowler, T. O., Wise, H. H., Mauldin, M. P., Ragucci, K. R., Scheurer, D. B., Su, Z., Borckardt, J. J. Alignment of an interprofessional student learning experience with a hospital quality improvement initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 2023, 37(sup1), S53-S62
e: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1455649>

3. Biel, M.; Grondys, K.; Andronicceanu, A.-M. A Crisis in the Health System and Quality of Healthcare in Economically Developed Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 469. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010469>
4. Sadiq Sohail, M. Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality: An International Journal*, 2003,13(3), 197-206. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/09604520310476463>
5. Jonkisz, A., Karniej, P., Krasowska, D. SERVQUAL method as an “old new” tool for improving the quality of medical services: A literature review. *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18(20), Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010758>
6. Endeshaw, B. Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 2021,35(2), 106-117. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-07-2019-0152/full/pdf?title=healthcare-service-quality-measurement-models-a-review>
7. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of retailing*, 1994,70(3), 201-230. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0022-4359\(94\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0022-4359(94)90033-7)
8. AlOmari, F., Measuring gaps in healthcare quality using SERVQUAL model: challenges and opportunities in developing countries, *Measuring Business Excellence*, 2021, 25(4), 407-420. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/MBE-11-2019-0104>
9. Muhammad A, Munawar Y, Gunawan B, Yusriadi H, Aditya H, Perdana K./ Element of Marketing: SERVQUAL Toward Patient Loyalty in the Private Hospital Sector. *Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 2021; 8,1 419-4 Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Aditya-Halim-Perdana-Kusuma/publication/348252415_Element_of_Marketing_SERVQUAL_Toward_Patient_Loyalty_in_the_Private_Hospital_Sector/links/6032b11792851c4ed58a4b2d/Element-of-Marketing-SERVQUAL-Toward-Patient-Loyalty-in-the-Private-Hospital-Sector.pdf
10. Abbasi-Moghaddam, M. A., Zarei, E., Bagherzadeh, R., Dargahi, H., Farrokhi, P. Evaluation of service quality from patients' viewpoint. *BMC health services research*, 2019, 19(1), 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3998-0>
11. Rasouli, H. R., Esfahani, A. A., Nobakht, M., Eskandari, M., Mahmoodi, S., Goodarzi, H., Farajzadeh, M. A. Outcomes of crowding in emergency departments; a systematic review. *Archives of academic emergency medicine*, 2019, 7(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785211/pdf/aaem-7-e52.pdf>
12. Hughes, J. M., Freiermuth, C. E., Shepherd-Banigan, M., Ragsdale, L., Eucker, S. A., Goldstein, K., Williams Jr, J. W. Emergency department interventions for older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019 67(7), 1516-1525. Disponible en: <https://doi.org/10.1111%2Fjgs.15854>
13. Goula, A., Stamouli, M. A., Alexandridou, M., Vorreakou, L., Galanakis, A., Theodorou, G., Kaba, E. Public hospital quality assessment. Evidence from Greek health setting using SERVQUAL model. *International journal of environmental research and public health*, 2021,18(7), 3418. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073418>
14. Pekkaya, M., Pulat İmamoğlu, Ö., Koca, H. Evaluation of healthcare service quality via Servqual scale: An application on a hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 2019,12(4), 340-347. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1389474>
15. Aghamolaei, T., Eftekhaari, T. E., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Shahrzad, M. E., ... Hoseini, S. H. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC health services research*, 2014,14(1), 1-5. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/322>
16. Lim, J., Lim, K., Heinrichs, J., Al-Aali, K., Aamir, A., Qureshi, M. The role of hospital service quality in developing the satisfaction of the patients and hospital performance. *Management Science Letters*, 2018, 8(12), 1353-1362 Disponible en: <https://doi.org/10.5267/j.msl.2018.9.004>
17. Akdere, M., Top, M., & Tekingündüz, S. Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total quality management & business excellence*, 2020, 31(3-4), 342-352. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1427501>
18. Meesala A, Paul J. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*. 2018, 40(1),261-269 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jretconser.2016.10.011>

19. Espinoza, I. L., & Fragoso, J. T. Análisis de la calidad de servicios públicos de salud con el modelo SERVPERF: un caso en el Istmo de Tehuantepec. *Contaduría y administración*, 2022, 67(1), 5. Disponible en: http://www.unistmo.edu.mx/transparencia/Articulo_70/Fraccion_XLI/2021/2doTrimestre/Articulo_publicado_Abril-Junio_2021.pdf
20. Ali, J., Jusoh, A., Idris, N., Nor, K. M., Wan, Y., Abbas, A. F., & Alsharif, A. H. Applicability of healthcare service quality models and dimensions: future research directions. *The TQM Journal*, 2023, 35(6), 1378-1393. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/TQM-12-2021-0358>
21. Haque, A., Sarwar, A. A. M., Yasmin, F., Anwar, A. The impact of customer perceived service quality on customer satisfaction for private health centre in Malaysia: a structural equation modeling approach. *Information Management and Business Review*, 2012,4(5), 257-267. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290396269_The_Impact_of_Customer_Perceived_Service_Quality_on_Customer_Satisfaction_for_Private_Health_Centre_in_Malaysia_A_Structural_Equation_Modeling_Approach
22. Amin, M., Zahora Nasharuddin, S. Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*, 2013,18(3), 238-254. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/CGIJ-05-2012-0016>
23. Philpot, L. M., Khokhar, B. A., DeZutter, M. A., Loftus, C. G., Stehr, H. I., Ramar, P., Ebbert, J. O. Creation of a patient-centered journey map to improve the patient experience: a mixed methods approach. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 2019, 3(4), 466-475. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004>
24. Field, A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 1.4. London.2013. Disponible en: <https://users.sussex.ac.uk/~andyf/dsuflyer.pdf>
25. Castillo Saavedra, E. F., Rosales Márquez, C., Reyes Alfaro, C. E. Percepción de pacientes peruanos acerca de la calidad de los servicios farmacéuticos hospitalarios. *MediSur*, 2020, 18(4), 564-570. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2020000400564&script=sci_arttext&tlng=pt
26. Mendoza, N. B., Placencia, M. Nivel de satisfacción en pacientes del servicio de oftalmología de un hospital de nivel II en los años 2014 y 2018, y su relación con calidad global. *Acta Médica Peruana*, 2020, 37(1), 19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.964>
27. Islas Cerón, R. G., Valencia Ortiz, A. I., Bustos Vázquez, E., Ruvalcaba Ledezma, J. C., Reynoso Vázquez. Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México. *Journal of Negative and No Positive Results*, 2020, 5(10), 1163-1178. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020001000008&script=sci_arttext
28. Francisco J. Miranda , Antonio Chamorro , Luis R. Murillo,Juan Vega (2010) Assessing primary healthcare services quality in Spain: managers vs. patients perceptions, *The Service Industries Journal*, 30:13, 2137-2149, Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02642060903215055>
29. Luna Domínguez, E. M., Moreno Treviño, J. O., Zurita Garza, D. R. Evaluación de calidad en los servicios de salud: un análisis desde la percepción del usuario. *Horizonte sanitario*, 2021, 20(3), 329-342. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4183>
30. Aburayya, A., Alshurideh, M., Al Marzouqi, A., Al Diabat, O., Alfarsi, A., Suson, R., Salloum, S. A. An empirical examination of the effect of TQM practices on hospital service quality: An assessment study in uae hospitals. *Syst. Rev. Pharm*, 2020, 11(9), 347-362. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/75901263/an-empirical-examination-of-the-effect-of-tqm-practices-on-hospital-service-quality-an-assessment-study-in-uae-hospitals-libre.pdf?1638919131=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAn_Empirical_Examination_of_the_Effect_o.pdf&Expires=1705685807&Signature=VPhCO1kheCzcenIjmwBYWrmAiBacde7NNydyB3~YrUm~GSu pDaGYWjxoo8KfUbl5f-QXO1vYVQR0gsr4xvUHylbEYxzJK0FiBF9ShAZNfZoVsHgnBISNRS1kX0IbMVMEz3-MJGgf3id6nvuUEHhccp8GQD6c9oRNCgeL4a512d5fNapwIX81C9HIjcJRyiOD1FVafK9kq0y-Zrsy1gkna7uJmuBVwVdyMFep0P33neTc2qJSK0MEwTywmCnP-RVIJ1~~rkPx0exNc6ljpflZXnY3fmHygHppfjr3cTzZiaZm38XLtaa-X8n1sSW80~pIRSiawFgvoYH736vIJdIw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
31. Boadi, E. B., Wenxin, W., Bentum-Micah, G., Asare, I. K. J., Bosompem, L. S. Impact of service quality on customer satisfaction in Ghana hospitals: A PLS-SEM approach. *Canadian Journal of Applied Science and Technology*, 2019,7(3). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Geoffrey-Bentum-Micah/publication/336374793_Impact_of_Service_Quality_on_Customer_Satisfaction_in_Ghana_hospitals_A_PLS-SEM_Approach/links/5d9ef981a6fdcc04fac67fa8/Impact-of-Service-Quality-on-Customer-Satisfaction-in-Ghana-hospitals-A-PLS-SEM-Approach.pdf

Percepciones de salud materno-infantil y efectos de incentivos económicos en los Altos de Chiapas, México: Análisis Post-Prospera

Maternal and child health Perceptions and economic Incentive effects in the Altos of Chiapas, Mexico: A post-Prospera analysis

Magdalena del Carmen Morales-Domínguez¹, 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5705

Artículo Original

• Fecha de recibido: 23 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 19 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Magdalena del Carmen Morales Domínguez. Dirección postal: Avenida Ingeniero 58.
CP. 29217. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
Correo electrónico: carmen.morales@insp.edu.mx

Resumen

Objetivo: Analizar las percepciones de mujeres indígenas y personal de salud en los Altos de Chiapas tras Prospera, para visibilizar cómo el programa cambió la atención de la salud materno-infantil, específicamente en relación con la presencia o ausencia de incentivos económicos.

Material y Método: El estudio, basado en la teoría fundamentada, utilizó nueve entrevistas grupales con mujeres (54 participantes) y nueve entrevistas semiestructuradas con siete enfermeras y dos médicos.

Resultados: La relación entre las mujeres y el personal de salud en el marco de Prospera fue percibida como una obligación motivada por un incentivo económico, en lugar de ser vista como una corresponsabilidad. Los temas de intervención, como las pláticas de orientación en salud y las consultas médicas que implicaban la asistencia a la unidad médica, al finalizar el programa la mayoría de las mujeres dejaron de asistir. Este cambio en la dinámica sugiere que la relación construida en torno al incentivo económico no logró fomentar una corresponsabilidad sostenible en el cuidado de la salud materno-infantil, después de la conclusión de Prospera.

Conclusiones: En el programa Prospera, se observaron ventajas como el monitoreo de la salud materna, pláticas de salud y la provisión de suplementos vitamínicos. Sin embargo, la falta de una corresponsabilidad efectiva y la percepción de obligación condicionada al incentivo económico, influyeron en la disminución de la asistencia a las unidades médicas y en la adopción de prácticas de cuidado preventivo, lo que podría minimizar todas las ventajas obtenidas. Este hallazgo resalta la importancia de diseñar intervenciones sociales, que vayan más allá de la mera obligación y fomenten una participación activa y sostenible en el cuidado de la salud materno-infantil.

Palabras clave: Salud materno infantil; Programa social; Incentivo; Económico.

Abstract

Objective: To analyze the perceptions of indigenous women and healthcare personnel in the Altos de Chiapas after Prospera, aiming to shed light on how the program changed maternal and child health care, specifically in relation to the presence or absence of economic incentives.

Materials and Methods: Grounded in grounded theory, the study utilized nine focus group interviews with women (54 participants) and nine semi-structured interviews with seven nurses and two doctors.

Results: The relationship between women and healthcare personnel within the Prospera framework was perceived as an obligation driven by economic incentives, rather than being viewed as shared responsibility. Intervention topics, such as health orientation talks and medical consultations that required attendance at the medical unit, saw a decrease in participation by most women after the program concluded. This shift in dynamics suggests that the relationship built around economic incentives failed to foster sustainable shared responsibility in maternal and child health care after Prospera concluded.

Conclusions: In the Prospera program, advantages were observed, such as maternal health monitoring, health talks, and the provision of vitamin supplements. However, the lack of effective shared responsibility and the perception of obligation conditioned by economic incentives influenced the decrease in attendance at medical units and the adoption of preventive care practices, potentially minimizing all the benefits gained. This finding emphasizes the importance of designing social interventions that go beyond mere obligation and promote active and sustainable participation in maternal and child health care.

Keywords: Maternal and child health; Social program; Economic; Incentive.

¹ Doctora en antropología social. Posdoctorante del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.



Introducción

Los estudios dedicados a las políticas sociales en el ámbito de la salud han revelado que las estrategias implementadas por los gobiernos, pueden tener un impacto significativo en la conceptualización de lo que se considera una enfermedad y en las modalidades de tratamiento asociadas^{1,2}. En este contexto, resulta pertinente abordar el concepto de “gubernamentalidad” propuesto por Michel Foucault³, el cual postula que las políticas gubernamentales desempeñan un papel fundamental en la regulación y control de la población. Esto implica no solo la gestión de la salud pública, sino también la influencia en la medicalización^{4,5,6,7,8} de diversos aspectos de la vida cotidiana.

De esta manera, las políticas sociales en salud no solo buscan abordar problemas médicos, sino que también se entrelazan con la construcción y mantenimiento de un orden social específico. Este enfoque permite comprender cómo las estrategias gubernamentales³ no solo influyen en los tratamientos médicos, sino que también desempeñan un papel clave en la conformación de la percepción social de la salud y la enfermedad.

Se han implementado políticas de salud en América Latina, incluyendo México, que han influido en las prácticas diarias de las personas^{9,10}. Estas políticas buscan regular y controlar la atención médica y promover ciertos comportamientos relacionados con la salud. Ejemplos de estas intervenciones políticas incluyen la departamentalización de los servicios de salud y la creación de programas de asistencia que han tenido un impacto en cómo las personas acceden a la atención médica y en cómo la sociedad concibe y experimenta la salud.

Por ejemplo, el derecho a la salud materno-infantil ha sido objeto de análisis y discusión en foros nacionales e internacionales desde finales de los años ochenta. Se ha renovado el interés en la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial a través de iniciativas como la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)¹¹. Estas iniciativas establecieron como objetivo la reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna para el año 2000, tomando como referencia el año 1990^{9,10}.

En el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados en el año 2000 por 189 países, incluyendo México, se establecieron ocho objetivos con 18 metas, entre los cuales se incluyó la reducción de la mortalidad materna y el aumento de los partos atendidos por personal especializado. En México, se implementaron diversas iniciativas a nivel federal y estatal para reducir la mortalidad materna, como la exención del pago por atención al parto, acuerdos de colaboración entre instituciones de salud y la creación de una red de servicios

para brindar atención de emergencias obstétricas de manera gratuita. Aunque no se alcanzó la meta establecida, México experimentó una disminución significativa en la tasa de mortalidad materna¹⁰.

En la actualidad, las acciones se orientan hacia la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030, cuyo objetivo es lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, niños y adolescentes¹¹. Hasta el año 2023, la razón de mortalidad materna calculada es de 26.5 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución del 12.9% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior¹².

Por lo anterior, este estudio aborda, el programa social conocido como Prospera¹³, que en México se introdujo en 1997 y se mantuvo vigente durante dos décadas, experimentando cambios de denominación a lo largo del tiempo, tales como Progresá, Oportunidades y Prospera (POP). Este programa se distinguió por su enfoque integral, abordando tres áreas esenciales de intervención: educación, salud y alimentación.

El POP se caracterizó por establecer una serie de atributos distintivos, siendo uno de los elementos clave la implementación de un modelo de corresponsabilidad. En este contexto, los beneficiarios que cumplían con las reglas de operación establecidas para cada componente del programa recibían incentivos económicos. Este enfoque tenía como objetivo estimular la participación de los beneficiarios en el cuidado de su salud y el seguimiento de las pautas establecidas¹³.

En el ámbito de la salud, el programa se enfocó en diversas dimensiones, incluyendo iniciativas para mejorar el acceso a servicios médicos, la promoción de prácticas saludables y la atención materno-infantil. Además, se llevaron a cabo acciones específicas dirigidas a la prevención de enfermedades y la mejora de la salud reproductiva. En este sentido, este artículo busca comprender cómo la evolución de POP refleja adaptaciones y ajustes a lo largo del tiempo en la búsqueda y tratamiento de los problemas de salud, considerando el condicionamiento mediante incentivos económicos en poblaciones indígena con relación a la salud materno-infantil. Por lo tanto, es crucial mencionar algunas características y condicionamientos específicos del componente de salud del programa¹³:

- Asistencia a controles médicos programados (las mujeres embarazadas beneficiarias tenían que asistir a las consultas prenatales). Destinar apoyos correspondientes a alimentación del hogar y consumir suplementos nutricionales (Se distribuían en las mujeres embarazadas suplementos multivitamínicos).

- Asistencia sesiones de orientación para la salud (Las mujeres con menores de edad y embarazadas se les proporcionaba capacitación para orientarlas en la mejora de su salud y cuidado de la alimentación).

Suspensión de incentivo cuando:

- La titular de la familia participante no acuda en dos ocasiones consecutivas a retirarlos o no realice ningún movimiento en su cuenta por dos o más bimestres consecutivos.
- La familia participante no permita la verificación de sus condiciones socioeconómicas y demográficas.

En este contexto, cuando nos referimos a incentivos, hablamos de pagos en efectivo o en especie, que se otorgan al cumplir de manera satisfactoria una acción o una condición específica. En el ámbito de las políticas sociales relacionadas con la salud, esta estrategia se implementa como una manera de estimular y fomentar comportamientos deseables por parte de la población.

En el campo de la salud materno-infantil, en particular, existe literatura que aborda el uso de incentivos a la demanda. Estos incentivos se han usado como herramienta para incrementar la utilización de los servicios de salud destinados a la atención de mujeres embarazadas y niños pequeños^{14,15,16,17,18}. En el caso, de Prospera, no logró alcanzar a toda la población indicada. En zonas rurales e indígenas como los Altos de Chiapas, hubo problemas con la falta de personal médico, carencias en infraestructura, suministros, y desconfianza en el servicio de salud³⁰. Sin embargo, varios estudios han respaldado el impacto positivo de Prospera en indicadores nutricionales, incluyendo la talla, el peso y la anemia^{19,20,21,22}. Estos hallazgos indican que, aunque Prospera no alcanzó una cobertura total, sus intervenciones dejaron una huella positiva en la salud de la población beneficiaria.

Estos programas sociales que llevan consigo un incentivo, están dirigidos hacia poblaciones altamente vulnerables. Por esta razón, el estudio se enfocó en el estado de Chiapas, identificado como el estado con mayor vulnerabilidad social y una de las tasas más altas de mortalidad materna¹². En particular, nuestro análisis se concentra en la región de Los Altos en Chiapas, México, reconocida por tener la mayor concentración de población indígena por kilómetro cuadrado. Esta área se caracteriza por su población indígena dispersa en comunidades geográficamente remotas e inaccesibles. La mayoría de los municipios en Los Altos tienen menos de 30,000 habitantes, y, en promedio, el 80% de la población habla una lengua indígena, alcanzando un 88% en 15 de sus 18 municipios²³.

Así, el propósito de este artículo es analizar los testimonios de mujeres indígenas y miembros del personal de centros de salud en los Altos de Chiapas, en relación con su percepción posterior a Prospera. Se busca comprender cómo este programa ha influido en la atención de la salud materno-infantil, tanto en términos de asistencia a los servicios de salud como en la adopción de cuidados preventivos.

Material y Método

Este estudio cualitativo se basó en los principios de la teoría fundamentada constructivista²⁴, empleando esta metodología para obtener una comprensión conceptual de las percepciones de mujeres y personal de salud vinculadas al programa Prospera. La teoría fundamentada²⁴ posibilitó el desarrollo e identificación de temas de análisis²⁵ a partir de los datos de campo, centrándonos en las acciones, interacciones y procesos sociales de las personas. Esta aproximación busca capturar el proceso social en un contexto determinado, siendo apropiada para analizar el comportamiento humano asociado con la información proporcionada por los entrevistados.

Las entrevistas grupales se llevaron a cabo en tres municipios de los Altos: Zinacantán (tsotsil), Tenejapa (tseltal) y San Cristóbal de Las Casas (tseltal y tsotsil). Antes de las entrevistas, las mujeres recibieron invitaciones por mensaje de texto de las unidades médicas correspondientes para participar. Aquellas que aceptaron fueron citadas en la unidad médica. Se realizaron tres entrevistas grupales por municipio con seis participantes en cada una, y se les leyó y registró su consentimiento informado antes de comenzar la entrevista. Éstas se llevaron a cabo entre marzo y abril de 2022, recopilando datos demográficos básicos y realizando preguntas sobre la experiencia con las estrategias de Prospera en cuanto a la asistencia a las unidades médicas y los incentivos.

Las entrevistas con el personal médico se realizaron en las mismas unidades médicas, recopilando datos sociodemográficos y explorando la percepción del personal médico con respecto al programa Prospera. En total se realizaron siete entrevistas con enfermera y dos con médicos generales.

Las transcripciones precisas de las grabaciones de audio se realizaron utilizando Word®, y aunque las entrevistas se llevaron a cabo en comunidades indígenas, se realizaron en español con el consentimiento de las participantes. Fueron realizadas por el grupo de apoyo de investigación de estudiantes de licenciatura. Posteriormente, se utilizó el software Atlas.ti® versión 9 para llevar a cabo un análisis de contenido detallado²⁵.

Para el análisis de la información, se realizó una lectura y revisión exhaustiva de cada una de las transcripciones, llevando a cabo un proceso de interpretación profunda para comprender y desentrañar los significados expresados a través del lenguaje en el discurso de los participantes. Es por ello, que se aplicó un análisis comparativo constante para identificar similitudes y diferencias entre y dentro de los testimonios entre los participantes, identificando percepciones sobre temas de intervención: capacitación, consultas médicas, suplementos alimenticios e incentivos. En este último, se identificaron dos subtemas: percepciones del apoyo monetario y corresponsabilidad condicionada para obtener el incentivo.

Para preservar la identidad de los participantes en la investigación, se han empleado seudónimos en la presentación de los resultados. Además, se utiliza una presentación en tablas para visualizar de manera clara las percepciones de los dos grupos de estudio con respecto a los temas analizados.

Resultados

Se recopilaron testimonios a través de un total de nueve entrevistas grupales (N=54) con mujeres en edad reproductiva, incluyendo embarazadas y cuidadoras de niños menores de dos años. Estas mujeres tenían una edad promedio de 27 años y un nivel educativo mayoritariamente básico. Todas las participantes hablaban español y eran originarias de la región de los Altos de Chiapas.

En referencia al personal de salud entrevistado, se recopilaron testimonios de nueve individuos, compuesto por siete enfermeras y dos médicos generales. El promedio de edad del personal fue de 42 años. Todos ellos eran originarios de la región de los Altos, y destacó que dos enfermeras y un médico hablaban tsotsil.

Percepciones sobre las estrategias de intervención del Prospera

Los resultados se centran en el análisis de tres temas recurrentes relacionados con la intervención en ambos grupos estudiados: capacitación, consultas médicas y suplementos vitamínicos presentados en la Tabla 1. Muestra que la mayoría de las mujeres señalaron que con el programa Prospera, recibían capacitaciones y, en ocasiones, participaban activamente preparando los temas. Por otro lado, el personal de salud entrevistado coincidió en que con Prospera, los centros de salud estaban siempre concurridos, ya que las mujeres asistían a pláticas, y las mujeres embarazadas acudían a consultas o a recibir sus suplementos vitamínicos.

Percepciones sobre los incentivos

Otro tema crucial que surgió de manera recurrente en ambos grupos fue la discusión sobre el incentivo económico y la corresponsabilidad que se tenía para obtenerlo como se ve en la Tabla 2. Se observa que la mayoría de las mujeres mencionaban que asistían a las pláticas principalmente para no perder su apoyo económico. Obtener el incentivo implicaba enfrentarse a largas colas, y en algunos casos, las mujeres tenían que llegar desde la madrugada, ya que perderían el apoyo si no acudían en el momento correspondiente.

Los testimonios del personal de salud indican que las mujeres asistían a la unidad médica principalmente para no perder su respaldo económico, ya que en ocasiones las capacitaciones no se entendían completamente, a veces impartidas en un idioma diferente al de ellas. Aunque la mitad de los entrevistados admitió que el programa acostumbró a las mujeres a llegar por el incentivo, al retirarlo, muchas dejaron de asistir, incluso en beneficio de su propia salud. Es importante destacar que, si bien Prospera pudo haber mantenido a la población comprometida para diversas intervenciones de salud sin necesidad de visitar domicilios, también generó una práctica entre la gente, condicionándolos a acudir solo cuando se les ofrecía algo a cambio.

Análisis de las ventajas y desventajas del programa

Las mujeres embarazadas eran monitoreadas desde que se enteraban de su embarazo, se les proporcionaba un suplemento vitamínico y se les capacitaba para mejorar sus hábitos alimenticios. Sin embargo, esta participación se veía afectada por la sobresaturación de los centros de salud y la percepción de obligación debido al cumplimiento condicional de la corresponsabilidad del programa. Esta situación podría ser una desventaja, ya que, al tener el apoyo condicionado, las prácticas se vuelven obligatorias, en lugar de fomentar prácticas armoniosas a largo plazo donde las mujeres acuden a las unidades médicas por iniciativa propia, en busca de prevención y cuidado de su salud.

En este sentido, el diseño de intervenciones destinadas a impactar en la salud se ve mermado cuando se perciben como dispositivos de control y obligación en lugar de promover una corresponsabilidad social armoniosa. Es decir, se pierde de vista la importancia de los beneficios para las mujeres, las familias y la sociedad en general. Al colocar exclusivamente a las mujeres como responsables de la salud familiar, se desplaza toda la responsabilidad de los demás miembros de la familia y la institución. La Figura 1 ilustra la comparación entre ventajas y desventajas, evidenciando que los beneficiarios no perciben la atención en salud como una corresponsabilidad, sino como una obligación condicionada a recibir un pago.

Tabla 1. Percepciones sobre estrategias de intervención del Prospera entre los grupos estudiados

Temas de intervención	Mujeres	Personal de salud
Capacitación	<p>Llegábamos a los talleres, en parte era bueno aprender, nos enseñaban, llegaban muchas mujeres (Rosa, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Daban pláticas, talleres, exponían, hablaban de enfermedades venéreas (Teresa, 27 años, Zinacantán). Daban muchos talleres de nutrición, incluso en el centro de salud el nutriólogo a las mamás embarazadas y a los niños menores de 5 años les daba talleres y llevaba los platillos. Él les enseñaba cómo iban a alimentar a sus bebés (Elvira, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Cuando llegamos a las pláticas las personas que llegaban eran promotores de la misma localidad a veces nos las daban en nuestro idioma (Guadalupe, 41 años, Zinacantán).</p> <p>Nosotras hacíamos nuestros temas y pasábamos a exponer en el centro de salud (Lucía, 39 años San Cristóbal).</p>	<p>Se implementaba en las comunidades rurales. Las mamás recibían pláticas de alimentación y salud (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Las mujeres llegaban a pláticas para capacitarse en como alimentar a sus hijos, aunque más llegaban para que no les quitaran el apoyo (Enfermera Toñita, 42 años, Tenejapa).</p> <p>Las mujeres con hijos y las adolescentes llegaban a recibir pláticas, algunas sí entendían bien, pero otras sí nos costaba un poquito porque no teníamos traductor del idioma (Enfermera Nayeli, 47 años, Tenejapa).</p>
Consultas a mujeres	<p>El programa pedía que acudieran a cierto número de consultas (mujeres embarazadas) (Jimena, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Teníamos que avisar que estábamos embarazadas, y nos programaban la consulta cada mes (Guadalupe, 41 Zinacantán).</p> <p>Sí estábamos embarazadas, nos decían que teníamos que ir a la unidad médica para reportarlo y, de esa manera, poder pedir permiso en caso de que hubiera pláticas o citas programadas (Mercedes, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Nos citaban para realizarnos el Papanicolau, pero ahora que el programa ya no está, ya no tenemos la obligación de hacer la prueba (Margarita, 45 años, Zinacantán).</p>	<p>Las mujeres embarazadas, se les programa las consultas para su seguimiento, ahora que no hay Prospera, muchas dejaron de venir a control prenatal (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Se llenaba los consultorios para el seguimiento de embarazadas, ahora las mujeres ya no tienen la obligación de venir, nos ha tocado que algunas mujeres llegan al parto sin control prenatal (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p> <p>El programa Prospera obligaba a las mujeres a tener las consultas de control prenatal. Ahora, ya no podemos imponer esta obligación. Hemos buscado ayuda con las parteras, pero ellas afirman que, si las obligan, algunas mujeres dejan de acudir a ellas también. Aunque algunas mujeres llegan sin necesidad de ser instadas (Enfermera Laura, 50 años, Zinacantán).</p>
Suplemento vitamínico	<p>Recuerdo que mi mamá llevaba mi hermanito para que le dieran papilla para que creciera, porque nació muy chiquito, y le daban cita cada rato (Elvira, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Daban suplementos o suero oral (Petrona, 40 años, Zinacantán).</p> <p>Las citaban a consultas, también les daban pláticas y nos daban nuestras vitaminas (Patricia, 37 años, San Cristóbal).</p> <p>Nos citaban para darnos vitaminas, pero decían que esas vitaminas salían muy grandes los niños, por eso algunos no las tomaban (Mercedes, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Sí, mi mamá venía por vitaminas, cuando estaba embarazada de mis hermanos, pero siempre iba con la partera y compraba vitaminas en la farmacia (María, 29 años, Zinacantán).</p>	<p>Fue uno de los programas que sí, presentó resultado en cuanto a la nutrición infantil; sin embargo, cuando hice el servicio social, experimenté esa parte, fui parte del programa. Hay muchos mitos: que la mamá a lo mejor no le daba el suplemento al niño, sino que los vendían... la parte cultural de la alimentación influía mucho en el éxito o el fracaso del programa (Enfermera Regina, 55 años San Cristóbal).</p> <p>A las beneficiarias se les brindaban apoyos como papillas para los menores (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Yo era el encargado de Prospera, el complemento alimenticio se fue mejorando, de principio el Nutrivida era en polvo [pero] el transporte y el mantenimiento de ese polvo costaba, cuando se hizo [en] tabletas se mejoró mucho, aunque visualmente en las comunidades el polvo era mágico, aunque las tabletas vinieran mucho mejor, todo era un reto que la gente ingiriera los suplementos (Luis, 41 años San Cristóbal).</p> <p>Las mujeres vendían las papillas o no las utilizaban y no se lograba el objetivo (Enfermera Sara 35, Zinacantán).</p>

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En el caso del Prospera, se destaca el papel crucial de las políticas sociales como mediadoras de comportamientos¹⁹, según se evidencia en los testimonios sobre salud materno-infantil. Sin embargo, los comportamientos observados estaban condicionados por incentivos económicos, subrayando que la

estrategia de corresponsabilidad en Prospera fue percibida más como una obligación que como un compromiso compartido, alejándose de la concepción ideal de corresponsabilidad^{26,27}. Los testimonios de ambos grupos de estudio señalan la ausencia de una corresponsabilidad efectiva. Esto sugiere que, de haberse compartido entre los miembros de la familia y la institución de salud, en lugar de recaer únicamente en una

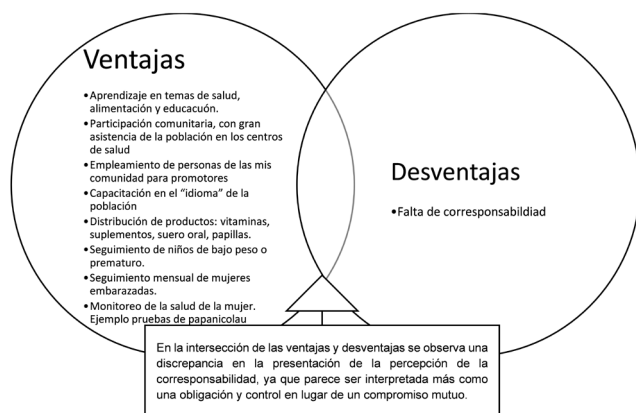
Tabla 2. Percepciones del incentivo económico entre los grupos estudiados

Incentivos	Mujeres	Personal de salud
Percepción del incentivo económico bimestral	<p>Para mí, no era necesidad que me dieran un apoyo económico para cuidar mi salud o asistir a la unidad médica. (Mercedes, 47 años, Tenejapa).</p> <p>Era un apoyo económico. La mujer tenía que acudir al centro de salud (Jimena, 28 años, Tenejapa).</p> <p>Uno tenía que asistir a los talleres para poder recibir el apoyo económico (Rosa, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Si no llegábamos, no nos tocaba nada, era obligado ir a las pláticas, las juntas y a las citas en el centro de salud (Lucrecia, 42 años, Zinacantán).</p> <p>Tenías que ir obligatoriamente a las consultas, sino nos mandaban a llamar con la vocal de la comunidad (Guadalupe, 41 años, Zinacantán).</p> <p>Nos vigilaban a través de la vocal de Prospera que era la persona que le tenías que avisar cuando no, podíamos ir a la cita, porque si no nos multaba o nos quitaban el apoyo (Renata, 32 años, Tenejapa).</p> <p>Si no asistíamos a las pláticas, nos ponían falta y nos quitaban el apoyo. (Consuelo, 49 años, Zinacantán).</p>	<p>En Prospera, se capacitaban a las mujeres, ahora que culminó el programa es complicado -más que antes- juntarlas y después de la pandemia fue aún más es difíciles llevarles una capacitación (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p> <p>La ventaja que teníamos [es que] era una población cautiva que sabíamos que si iba a estar ahí, que iba acudir a las reuniones, a los talleres, era una obligación. (Enfermera Nallely, 47, Tenejapa).</p> <p>Desde el Prospera todo mundo llegaba a la clínica, asistía a los centros de salud, a reuniones de nutrición para los niños, de embarazadas, todos llegaban. Ahorita si invito a las mujeres “¿qué me vas a dar a cambio?” ya no hay esa motivación, antes voceábamos, incluso mi mamá estaba en el programa de Prospera como vocal . (Enfermera Laura, 50 años, Zinacantán).</p> <p>La mayoría de la gente lo hacía por obligación, no por voluntad, ahora ni el Papanicolaou se lo hacen voluntariamente (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Estuve trabajando en Chamula con el programa vigente. Yo citaba a todas para su control y siempre asistían, a lo mucho faltaba una. Cuando desapareció el programa, desaparecieron las pacientes; ya ves que el programa daba apoyos por cada hijo, entonces cuando desapareció el programa pues afectó a las familias (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>En ocasiones, las mujeres recibían su pago, pero sus esposos las esperaban y les quitaban el dinero para gastarlo en otros fines, como el alcohol (Médico Luis, 41 años, San Cristóbal)</p>
Corresponsabilidad para obtener el incentivo	<p>Teníamos que hacer muchas cosas, ir a pláticas, a citas médicas e ir a levantar basura aquí en la comunidad, la vocal siempre nos llamaba (Isabel, 45 años, San Cristóbal).</p> <p>Cuando íbamos a consulta sino llegabas a las 5 o 6 de la mañana para hacer turno ya no lo atendían. Ahorita ya cambió, puedes llegar 9 o 10 de la mañana y te dan consulta. Pero antes, iba uno temprano porque se tenía que asistir a la consulta médica que estaba programada, que, aunque estuviera programada tenías que hacer turno (Mercedes, 47 años Tenejapa).</p> <p>Para recibir el pago, teníamos que hacer grandes colas, nos teníamos que levantar muy temprano, sino íbamos el día que nos tocaba, no nos daban el apoyo, pero también teníamos que participar en las pláticas, en las reuniones con la vocal, porque decía que no iba a llegar nuestro pago (Rosa, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Perdíamos mucho tiempo para ir a las pláticas, pero teníamos que ir porque si no nos quitaban el apoyo, ahora no tenemos esa obligación. (Lucrecia, 42 años, Zinacantán).</p> <p>Después de que sale el programa Prospera, las mujeres embarazadas dejan de sentir la obligación de atenderse, porque el programa pedía que acudieran a cierto número de consultas, ahora que ya no reciben remuneración muchas dejan de asistir y recurren a lo tradicional que son las parteras (Lucía, 39, San Cristóbal).</p>	<p>Todo mundo llegaba a la clínica, asistía a los centros de salud, a reuniones de nutrición para los niños, de embarazadas, todos llegaban (Enfermera Nallely, 47, Tenejapa).</p> <p>Con el Prospera era muy fácil juntar a las mujeres para capacitarla con relación al cuidado de su salud, aunque algunas creo que ni entendían, porque no sabían el idioma o porque no sabían leer y escribir (Pedro, 47 años, Tenejapa).</p> <p>A veces las personas ni siquiera captaban la información que se les estaba proporcionando, estaban por el recurso económico que se les daba (Enfermera Laura, 50 años, Zinacantán).</p> <p>El famoso Prospera era “te doy si me das algo”, la gente se acostumbró a eso. Funcionaba, el 50% de mujeres ahorita está llegando a los centros de salud públicos, el otro 50% ya no, porque como les quitaron el programa de Prospera (Enfermera Patricia, 40 años, San Cristóbal).</p> <p>Al desaparecer por <i>default</i> y efecto dominó, las madres y los niños dejaron de asistir a las clínicas de salud, dejaron de tener su seguimiento de control de embarazo y crecimiento de los niños, ha sido un vacío que se ha observado en todos los centros de salud (enfermera Sara 35, Zinacantán).</p> <p>Para mí, era un programa alcahuete, incompleto y lejos de ayudar; los usuarios del programa de Prospera no buscaban atención médica como tal, buscaban beneficio económico, estaba bien visto. La atención médica no era lo que se proyectaba en las estadísticas, había desabasto de medicamentos -como sigue habiendo hasta la fecha-, pero Prospera para mí era una fachada que no beneficiaba para nada, había mucha irresponsabilidad por parte de los compañeritos del programa y [de] los usuarios (Médico Pedro, 47 años, Tenejapa).</p>

Fuente: Elaboración propia.



Figura 1. Ventajas y desventajas identificada en la percepción de los dos grupos de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

persona, como fue el caso de la titular de Prospera, podría haber generado una corresponsabilidad más efectiva e influir en cambios de prácticas para el cuidado de la salud materno-infantil.

En este contexto, es esencial analizar cómo operó el incentivo económico en la apropiación de la estrategia de corresponsabilidad del Prospera. Aunque el incentivo^{14,15,28,29,30,32} buscaba generar cambios en las acciones de las beneficiarias de Prospera, los testimonios sugieren que la motivación para cumplir con los requisitos del programa estaba vinculada principalmente al incentivo económico. La finalización de este programa resultó en una disminución en la asistencia de las mujeres a las unidades médicas, según indican los testimonios del personal de salud. Esto destaca la necesidad de reflexionar sobre la sostenibilidad de las estrategias basadas en incentivos y su impacto a largo plazo en las prácticas de cuidado de la salud materno-infantil.

Otro punto interesante para discutir es la influencia de las políticas sociales en el aumento de la medicalización, especialmente en el incremento de los partos institucionales y las cesáreas¹². Se observa que el programa Prospera concentraba estrategias para las mujeres embarazadas, promoviendo consultas prenatales y aspirando a que todas sus beneficiarias optaran por un parto institucional. Sin embargo, tras la finalización del POP y en el contexto de la pandemia de la COVID-19, se ha observado un aumento en la atención de parteras tanto durante el embarazo como en el parto³¹. Aunque estos datos aún no son completamente visibles, plantean interrogantes sobre la relación entre las políticas sociales, la medicalización y la elección de atención materna.

También es importante tener en cuenta el impacto de la pandemia de COVID-19 en los patrones de búsqueda de atención médica. El programa Prospera concluyó en 2018,

y aunque este estudio se llevó a cabo en 2022, cuando los servicios de salud ya habían retomado sus horarios habituales de funcionamiento, habría que analizar si los cambios en la disponibilidad y el funcionamiento de los servicios de atención médica durante la pandemia podrían haber influido en el comportamiento de las mujeres, quienes ahora podrían percibir de manera diferente la obligación de asistir a las consultas médicas.

Es importante destacar que este estudio no pretende generalizar la influencia del programa Prospera en todas las beneficiarias, ya que se trata de una investigación local. Sin embargo, proporciona una base sólida para recomendar un análisis más detenido y profundo de los cambios en la atención médica, relacionados con los efectos dejados por el programa Prospera en la salud materno-infantil. Esto puede ayudar a identificar tanto estrategias positivas como negativas que podrían ser consideradas en futuras intervenciones.

Conclusiones

Este estudio arroja luz sobre la compleja relación entre el programa Prospera y la atención de la salud materno-infantil en la región de los Altos de Chiapas. A través de las percepciones de mujeres y personal de salud, se identifican tanto aspectos positivos como negativos de esta relación.

Se destaca la relevancia de considerar cómo las políticas sociales pueden influir en el comportamiento respecto a la atención de la salud materno-infantil. Sin embargo, en el caso de Prospera, este cambio en la atención podría atribuirse únicamente a su vigencia, ya que, según el material testimonial, la relación con la institución de salud cambió después de su conclusión. El factor incentivo jugó un papel crucial en entender la corresponsabilidad en la estrategia de Prospera, ya que la implementación se dio con una obligatoriedad en lugar de promover una corresponsabilidad compartida para el cuidado de la salud materno-infantil.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses alguno.

Consideraciones éticas

Este estudio recibió la aprobación ética de acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki de 1975. La autorización ética fue concedida por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México, bajo el proyecto titulado "La vulnerabilidad de la salud de las mujeres embarazadas en el contexto del COVID-19 en zonas indígenas de Chiapas" proceso de obtención de la aprobación ética, incluyó la presentación de un protocolo de investigación y la revisión por parte del comité de ética.

Contribución de los autores

Conceptualización: M.C.M.D.; Curación de datos: M.C.M.D.; Análisis formal: M.C.M.D.; Adquisición de Financiamiento: M.C.M.D.; Investigación: M.C.M.D.; Metodología: M.C.M.D.; Administración de proyecto: M.C.M.D.; Recursos: M.C.M.D.; Software: M.C.M.D.; Supervisión: M.C.M.D.; Validación: M.C.M.D.; Visualización: M.C.M.D.; Redacción – Borrador original: M.C.M.D.; Redacción: revisión y edición: M.C.M.D.

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a las mujeres y al personal de salud que generosamente participaron en esta investigación de forma voluntaria. Este artículo se realizó gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Programa de Becas Posdoctorales en la Universidad Nacional Autónoma de México, becaria del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur (CIMSUR-UNAM), asesorada por el Dr. Jaime Tomás Page Pliego.

Referencias

- Williams S, Gabe J. Peter Conrad: The Médicalisation of Society. In: The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. London: Palgrave Macmillan UK; 2015. p. 615–27. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137355621_39
- Zola, Irving Kenneth. “Medicine as an Institution of Social Control.” *Ekistics* 41, no. 245 (1976): 210–14. [Internet]. 2023 [cited 15 ene 2023] Available from: <http://www.jstor.org/stable/43618673>
- Foucault Michel. Seguridad, territorio, población. 1st ed. Fondo de Cultura Económica, editor. Vol. 1. 1978. 1–484 p. [Internet]. 2021[cited 09 jun 2023] Disponible en: <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/10/M-foucault-seguridad-territorio-poblacion.pdf>
- Conrad P, Schneider JW. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press; 1992. [Internet]. 2021[cited 15 jul 2023] Available from: https://halasocialdeviance.files.wordpress.com/2011/09/peter_conrad_joseph_w-_schneider_deviance_and_medicalization_from_badness_to_sickness_with_a_new_afterword_by_the_authors_-_2nd_expanded_edition_1992.pdf
- Clarke AE, Mamo L, Fishman JR, Shim JK, Fosket JR. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *Am Sociol Rev.* 2003 Apr;68(2):161. Available from: <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Brown P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *J Health Soc Behav.* 1995;35:34. Available from: <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Menéndez Eduardo. Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica. *Salud Colect.* 2022 Dec 3;18:e4225. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
- Álvaro Berenguer Díaz. Medicalización de la sociedad y desmedicalización del arte médico. *Archivos de Medicina Interna* [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 20];36:123–6. Disponible en : http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000300006&lng=es&tlng=es
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Nueva York,; 2014. Edición del 20 aniversario. ISBN 978-0-89714-025-6 [cited 2023 Sep 20]. Disponible en : https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- Observatorio de mortalidad materna. Sistema de indicadores [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 20]. Disponible en: <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/>
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>
- Dirección General de Epidemiología. 2023. Boletín epidemiológico de mortalidad materna en México. [cited 2024 enero 15] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf
- Diario de la Federación. Secretaría de Gobernación de México. 2014 [cited 2023 Sep 20]. DECRETO por el que se crea la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5359088&fecha=05/09/2014#gsc.tab=0
- Meda IB, Dumont A, Kouanda S, Ridde V. Impact of fee subsidy policy on perinatal health in a low-resource setting: A quasi-experimental study. *PLoS One.* 2018 nov 8;13(11):e0206978. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206978>

14. Stanton ME, Higgs ES, Koblinsky M. Investigating Financial Incentives for Maternal Health: An Introduction. *J Health Popul Nutr.* 2013 Dec;31(4 Suppl 2):S1–7. PMID: PMC4021699. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021699/>
15. Randive B, San Sebastian M, De Costa A, Lindholm L. Inequalities in institutional delivery uptake and maternal mortality reduction in the context of cash incentive program, Janani Suraksha Yojana: results from nine states in India. *Soc Sci Med.* 2014 Dec;123:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.042> PMID: 25462599
16. Randive B, Diwan V, De Costa A. India's Conditional Cash Transfer Programme (the JSY) to Promote Institutional Birth: Is There an Association between Institutional Birth Proportion and Maternal Mortality? *PLoS One.* 2013 Jun 27;8(6):e67452. DOI: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067452>
17. Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet.* 2010 Jun 5;375(9730):2009-23. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60744-1 . PMID: 20569841. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20569841/>
18. Kathy Charmaz. La teoría fundamentada en el siglo XXI. In: Gedisa, editor. *Manual de investigación cualitativa* /. España; 2012. p. 270–325. ISBN: 978-84-9784-307-2. [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 20] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=490631>
19. Sánchez López G. Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades [Internet]. México; 2008 [cited 2023 Sep 21]. Available from: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/oportunidades/2008/sanchez.pdf>
20. Rivera JA, Rodríguez G, Shamah T, Rosado JL, Casanueva E, Maulén I, et al. Implementation, Monitoring, and Evaluation of the Nutrition Component of the Mexican Social Programme (PROGRESA). *Food Nutr Bull.* 2000 Jan 28;21(1):35–42. Available from: https://www.academia.edu/97644608/Implementation_Monitoring_and_Evaluation_of_the_Nutrition_Component_of_the_Mexican_Social_Programme_PROGRESA_
21. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican Program for Education, Health, and Nutrition (ProgresA) on Rates of Growth and Anemia in Infants and Young Children. *JAMA.* 2004 Jun 2;291(21):2563. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173147/>
22. González de la Rocha Mercedes. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”. CEPAL, 28 y 29 de junio 2005 Sala Medina. [cited 2023 Sep 21]. Disponible en: https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Mercedes_GdelaRocha.pdf
23. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de indígenas 2022. Comunicado de prensa 430-22 Ciudad de México; 2020 Jul. [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 20] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf
24. Glaser Barney G. ALS. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* [Internet]. reimpreso. Aldine Transaction, editor. Chicago; 1967 [cited 2023 Sep 20]. 1–271 p. Available from: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
25. Bardin L. *El análisis de contenido*. Akal. SA, editor. Madrid: Presses Universitaires de France; 1986. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll_EQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
26. Bartau, Isabel Rojas, Maganto Juana Maria., & Etxeberria, Juan. (2005). *El programa corresponsabilidad familiar (COFAMI): organización e intervención en el país vasco*. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3(1), 586-593. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/551/55130158.pdf>
27. Ortega Farías, Alejandra., Rodríguez Soto, Dayana., & Jiménez Figueroa, Andrés. (2013), "Equilibrio trabajo-familia: corresponsabilidad familiar y autoeficacia parental en trabajadores de una empresa chilena." *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, Vol., núm.1, pp.55-64 [Consultado: 16 de Enero de 2024]. ISSN: 1794-9998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246008>
28. Gérvas, Juan, Ortún, Vicente, Palomo, Luis, & Ripoll, Miguel Ángel. (2007). *Incentives in Primary Care: from Cost Control to Improving Population Health*. *Revista Española de Salud Pública*, 81(6), 589-596. Recuperado en 16 de enero de 2024, de Available from: https://www.researchgate.net/publication/317483301_Incentives_in_Primary_Care_from_Cost_Control_to_Improving_Population_Health

29. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:111-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1138764>
30. Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 2006;20 (Supl 1):110-6. DOI: <https://doi.org/10.1157/13086034>
31. Leroy JL, García-Guerra A, García R, Domínguez C, Rivera J, Neufeld LM. The Oportunidades program increases the linear growth of children enrolled at young ages in urban Mexico. *J Nutr.* 2008 Apr;138(4):793-8. doi: 10.1093/jn/138.4.793 PMID: 18356337 Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S0022316622096559/pdf>
32. Morales-Domínguez M, Bonvecchio-Arenas A, Lozada-Tequeanes AL, Unar-Munguía M, Haycock-Stuart E, Smith P. Perceptions, knowledge, and practices of breastfeeding in indigenous regions of Mexico during Covid-19 pandemic. *Salud Publica Mex* [Internet]. 15 de julio de 2023 [citado 16 de enero de 2024];65(4, jul-ago):370-6. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14616>

Promoción de actividad física en complejos habitacionales

Promotion of physical activity in housing complexes

Mónica De Jesús Gómez-Barbosa¹, Héctor Buriticá-Herrera², Mónica Judith Arrázola-David³,
Alexander Parody-Muñoz⁴, Jainer Molina-Romero⁵, Jesús Iglesias-Acosta⁶

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5707

Artículo Original

• Fecha de recibido: 25 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 19 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Mónica De Jesús Gómez-Barbosa. Dirección postal: Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Libre Seccional Barranquilla.
Sede principal Km 7 Vía Antigua Puerto Colombia, Barranquilla, Colombia.
correo electrónico monicad.gomez@unilibre.edu.co

Resumen

Objetivo: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en trabajadores se asocian a factores de riesgo modificables, por lo que el estudio propone caracterizar la influencia de los componentes del subsistema físico espacial de los complejos habitacionales en la práctica de la actividad física de los trabajadores de una Institución de Educación Superior (IES) de Barranquilla y Pereira en el año 2022.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de correlación entre las características habitacionales y el nivel de actividad física de los trabajadores de una IES en Barranquilla y Pereira. Muestreo probabilístico con técnica de muestreo estratificado aleatorio simple. Se utilizó GPAQ Versión Corta (nivel de AF) y escala ECAVE modificada (complejo habitacional). El análisis estadístico se realizó en el software Statgraphics versión 16, aplicando estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Se observa significancia estadística entre las variables accesibilidad y disponibilidad para utilizar los parques, ciclo vías y senderos (p-valor 0,0105); así mismo influye el grado de seguridad de la zona donde vive el trabajador (p-valor 0,0342) y el sexo como factor individual (p-valor 0,0417).

Conclusiones: Se confirma la relación entre las características del complejo habitacional y la práctica de AF en trabajadores de una IES en Barranquilla y Pereira; esta relación incluye componentes individuales y habitacionales, los primeros muestran la asociación con el sexo, siendo más activos los hombres que las mujeres. Los componentes habitacionales se asocian con el grado de seguridad de la zona donde vive el trabajador y la percepción de los visitantes sobre el vecindario como zona peligro e inseguridad.

Palabras clave: Actividad Física; Características de la Residencia; Enfermedades no Transmisibles; Conducta Sedentaria; Planificación de Ciudades.

Abstract

Objective: Chronic non-communicable diseases (NCDs) in workers are associated with modifiable risk factors, so the study proposes to characterize the influence of the components of the spatial physical subsystem of housing complexes on the practice of physical activity of workers at an IES from Barranquilla and Pereira in 2022.

Materials and methods: Descriptive study of correlation between housing characteristics and the level of physical activity of workers at Higher Education Institution (IES) in Barranquilla and Pereira. Probability sampling with simple random stratified sampling technique. GPAQ Short Version (PA level) and modified ECAVE scale (housing complex) were used. Statistical analysis was performed in Statgraphics version 16 software, applying descriptive and inferential statistics.

Results: Statistical significance is observed between the variables accessibility and availability to use parks, cycle paths and trails (p-value 0.0105); Likewise, the degree of security of the area where the worker lives (p-value 0.0342) and sex as an individual factor (p-value 0.0417) influence.

Conclusion: The relationship between the characteristics of the housing complex and the practice of PA in workers of an IES in Barranquilla and Pereira is confirmed; This relationship includes individual and housing components, the former showing the association with sex, with men being more active than women. The housing components are associated with the degree of security of the area where the worker lives and the perception of visitors about the neighborhood as a dangerous and insecure area.

Keywords: Physical Activity; Residence Characteristics; Noncommunicable Diseases; Sedentary Behavior; City Planning.

¹ Doctora en Ciencias de la Educación, Magister en Educación, Especialista en Epidemiología. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Barranquilla. Colombia.

² Magister en Salud Pública, Especialista en Epidemiología, Especialista en Administración. Universidad Libre Seccional Pereira. Pereira, Risaralda, Colombia.

³ Magister en Educación, Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Barranquilla. Colombia.

⁴ Magister en Estadística Aplicada y Black Belt en Lean Six Sigma. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Barranquilla. Colombia.

⁵ Magister en Seguridad y salud en el Trabajo. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Barranquilla. Colombia.

⁶ Magister en Fisiología. Universidad Libre Seccional Barranquilla. Barranquilla. Colombia.



Introducción

El ambiente como espacio material es el resultado de las relaciones sociales que se dan en él, a partir de su forma, función y significado se va estructurando a través de un contexto sociocultural; el vecindario involucra aspectos espaciales y sociales del entorno residencial, sea éste la casa o el barrio¹. Un vecindario se configura como la unidad funcional del espacio urbano, garantizando el equilibrio social y el desplazamiento a pie en su radio de influencia².

El subsistema físico espacial del vecindario permite la realización de actividades de interés común para los habitantes, adaptándose a los aspectos culturales y formas de vida, este subsistema define los patrones de asentamiento del espacio urbano para los residentes. El patrón de asentamiento se convierte en un determinante social de la salud, en él convergen diversos factores que influyen en los hábitos y comportamientos de los residentes, sean estos positivos o negativos, lo que define su estilo de vida; en la actualidad, la sociedad incluye cambios en la interacción social, comunicación y planificación urbana que influye en el estilo de vida, movilidad y optimización del tiempo³.

En esta instancia, la tendencia de la urbanización para solucionar los problemas de densidad poblacional, especialmente en las grandes ciudades y capitales, ha cambiado el concepto de habitación, permitiendo la ejecución de proyectos en complejos habitacionales⁴, donde residen familias con espacios en áreas comunes dotados para la recreación, integración y práctica de la actividad física. Por lo anterior, los investigadores parten de la pregunta ¿Cómo influyen los componentes del subsistema físico espacial de los complejos habitacionales en la práctica de la actividad física de los trabajadores de una IES de Barranquilla y Pereira en el año 2022? Interrogante que permitió analizar los rasgos homogéneos del espacio habitacional para tener una vida activa acorde con las necesidades y preferencias de la población de estudio.

En los complejos habitacionales, es de suma importancia el área homogénea: espacio urbano que se adapta para actividades seguras teniendo en cuenta los patrones de asentamiento inherentes a la cultura y estilo de vida de los residentes⁵. Un entorno urbano de fácil acceso, movilidad segura, con paisajes naturales y equipamiento se constituye en espacio protector de la salud; así, la apropiación del espacio público por los residentes garantiza microclimas de confianza, disfrute y ambiente sano. Los espacios naturales sumados a las adecuadas condiciones de la vivienda y relacionamiento con los vecinos propicia oportunidades para la práctica de la actividad. La relación entre actividad física y las características de la vivienda y su entorno se religan en motivación y acceso al ejercicio físico mediante caminatas, entrenamiento

individual y grupal con aeróbicos, sesiones de rumba terapia, biodanza, entre otras actividades que posibilitan su práctica como hábito que reduce los riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT- y mejoran las condiciones de salud⁶.

La dosis semanal de actividad física aporta a la prevención de ECNT entre ellas las enfermedades cardiovasculares, diabetes y diversos tipos de cáncer, así como la disminución de tensiones emocionales generadas por las exigencias de la competitividad y desempeño laboral, ubicándolas en el Top 5 de las causas de morbilidad y mortalidad del país⁷. Las ECNT traen consigo la disminución de la productividad y los años de vida saludable en la población, por lo que es necesario empoderar a los trabajadores sobre la **práctica** de la actividad física en el entorno habitacional para interrumpir la historia natural de la ECNT, modificar estilos de vida y prevenir su presentación⁸. El uso de los parques y zonas verdes dentro y fuera del complejo habitacional tiene un impacto significativo en la población, ellos brindan un entorno favorable para caminar, entrenar, andar en bicicleta y disminuir el estrés debido al contacto con la naturaleza que genera sensación de bienestar y motiva a la persona para mantenerse activa⁹. El equipamiento de los parques con circuito biosaludable de máquinas para ejercicio **físico** activan el cuerpo y mantienen la potencia de las capacidades físicas (equilibrio, coordinación, fuerza, elasticidad y movilidad), en un espacio al aire libre que brinda la oportunidad de cumplir con la dosis diaria de actividad física de forma gratuita las 24 horas del día, los siete días de la semana¹⁰.

La actividad física como práctica saludable protege la salud, previene enfermedades, mejora el rendimiento laboral y las relaciones interpersonales¹¹. Contario a esto, un estilo de vida sedentario, secundario a la ocupación y desarrollo tecnológico trae consecuencias en la salud **física** y mental, afectando la interacción social y desencadenando múltiples factores de riesgos debido a las largas jornadas sentados frente al computador y posturas forzadas durante la jornada laboral, especialmente en personas trabajadoras del sector de servicios y fabricación. Estudios realizados en España indican que las personas permanecen sentadas entre 5 y 8 horas por día; en cuanto a la actividad física en el trabajo o durante su ocupación principal, el 44,8% de la población pasa la mayor parte de la jornada de pie, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos y el 37,8% pasa sentada, indicadores que se incrementan por la inclusión de las nuevas tecnologías e innovación a los procesos de la empresa para mantenerse competitiva en el sector productivo¹².

En Colombia, el 46,5% de la población adulta no cumple con las recomendaciones de actividad física dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siendo el sedentarismo la epidemia del siglo XXI, por lo que todos los países están llamados a empoderar a la población de 18 a 64

años para la práctica regular de actividad física en beneficio de la salud y mejoramiento del estilo de vida¹³. A nivel local, las investigadoras Herazo, Pinillos y Sánchez en la ciudad de Barranquilla-Colombia realizaron un estudio sobre el uso de los parques, identificando que el 81% de los ciudadanos que acuden a ellos realizan algún tipo de actividad física, siendo de gran impacto la dotación con circuitos biosaludables y estar cerca de los complejos habitacionales. El programa “*Todos al Parque*” liderado por la alcaldía mayor de Barranquilla, ha recuperado hasta el año 2023, 202 parques y construido 48, siendo reconocida esta estrategia de inversión por the World Resources Institute para la adecuación de espacios públicos seguros y saludables, que aportan al desarrollo social y el autocuidado de los habitantes¹⁴.

Las características del complejo habitacional y la actividad física en su dinámica sinérgica establecen relaciones entre las personas y su mundo (material y social) con implicaciones físicas y psicológicas que protegen la salud y previenen ECNT, beneficios que se fundamentan en el enfoque *Movimiento como Sistema Complejo*¹⁵, en el cual se construye el significado de *movimiento-cuerpo-entorno* a partir de elementos reales e imaginarios, objetivos y subjetivos estableciendo nuevas conexiones en subsistemas de capacidad motora, acción motora, actividad motora y comportamiento motor. En este orden de ideas, el objetivo del artículo es describir la influencia del subsistema físico espacial de los complejos habitacionales donde residen los trabajadores de una IES de Barranquilla y Pereira, para el control de riesgos desencadenantes de ECNT a través de la práctica regular de actividad física.

Es trascendental para los investigadores proponer el objetivo de caracterizar la influencia de los componentes del subsistema físico espacial de los complejos habitacionales, en la práctica de la actividad física de los trabajadores de una Institución de Educación Superior; los resultados del estudio aportan un plan de intervención con enfoque estratégico fundamentado en los atributos adoptados por la OMS para la promoción y mantenimiento de la salud, a través de la actividad física aportando a la prevención de la morbilidad y pérdida de años de vida productivos por discapacidad o muerte prematura en trabajadores de una IES de Barranquilla y Pereira; por otro lado, permitirán establecer una línea base de referencia para analizar el número y calidad de las instalaciones deportivas alrededor de los complejos habitacionales y el talento humano encargado de liderar los programas de actividad física incluyendo las estrategias de comunicación en los colectivos de interés.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo de correlación entre las características habitacionales y el nivel de actividad física de los trabajadores de una IES con

seccionales en Barranquilla y Pereira, identificando las barreras habitacionales existentes en la población para ser o no ser activo físicamente.

El muestreo fue probabilístico con técnica de muestreo estratificado aleatorio simple en las seccionales de Barranquilla y Pereira, nivel de confianza del 95%, prevalencia del evento a estudiar del 50% por tratarse de diferentes características habitacionales, probabilidad de no ocurrencia del evento (1-P), población total definida a partir de la fecha de aprobación 935 trabajadores y un error muestral (5%). La muestra teniendo en cuenta el 10% de pérdida, estuvo conformada por 59 trabajadores en la seccional Barranquilla y 47 en la seccional Pereira a los cuales se les aplicó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (GPAQ) Versión Corta autoadministrado para categorizar el nivel de actividad física como vigorosa o moderada, mediante el tiempo que utilizó cada trabajador para ser físicamente activo durante los últimos 7 días¹⁶; este instrumento fue desarrollado por la OMS para la vigilancia activa de enfermedades crónicas en países en desarrollo, recopila información sobre el nivel de actividad física y el comportamiento sedentario en la población; en Colombia, su fiabilidad ha sido comprobada en el contexto universitario, según un índice de Cronbach de 0,86¹⁷.

Así mismo, se utilizó la escala para la Evaluación de la Calidad del Vecindario (ECAVE) modificado en la evaluación de los factores socioambientales de acuerdo con las categorías: espacios públicos dotados para la práctica de la actividad física; uso, accesibilidad y seguridad de los espacios públicos; estado y grado de seguridad de la zona. Está conformado por preguntas valoradas desde uno hasta cinco en Escala Likert; donde el mejor nivel de la zona evaluada corresponde con la mayor puntuación seleccionada por el encuestado; su índice de Cronbach ha sido evidenciado en 0,94¹⁸. El análisis estadístico se realizó en el software Statgraphics versión 16; aplicando en estadística descriptiva las medidas de tendencia central y medidas dispersión con tablas de frecuencias de doble entrada; en la estadística inferencial se utilizó el test de chi cuadrado con una confianza del 95%.

En la investigación se preservaron los parámetros establecidos en la Resolución 008430 de 1993, dentro de la cual se clasifica como una investigación de riesgo mínimo, toda vez que se trata de un estudio en el que se aplicaron encuestas a las personas trabajadoras para elaborar la propuesta de intervención de promoción de la actividad física en el control de las ECNT. Adicionalmente, se tuvo en cuenta las pautas éticas emanadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)¹⁹ y la Declaración de Helsinki, previo visto bueno por parte pares evaluadores y aval del comité de ética de la IES donde se realizó el estudio. Los participantes firmaron consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos, todos los datos se mantuvieron

bajo confidencialidad y en todo momento se manejó el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen. (Ley 1581/2012 Protección de Datos de Carácter Personal).

Resultados

La población de estudio registró edades entre 25 a 65 años, con una media de 46 años y desviación estándar de 11,73. En cuanto al sexo, la mayor participación la tuvo el sexo femenino representando el 64% de la población de estudio. Al analizar las variables edad y sexo se observa que la mayor distribución de la población femenina se encuentra en el grupo de 45 a 54 años y el sexo masculino en edades de 35 a 64 años. Más del 51% de los trabajadores de la IES en Barranquilla y Pereira son activos físicamente; de los inactivos (48,39%) se observa mayor frecuencia en el sexo femenino (38,71%) que en el masculino (12,90%). Al estimar la asociación entre el sexo y actividad física los resultados muestran que existe asociación estadísticamente significativa con p -valor < 0,05 (0,0417), lo que confirma que el sexo es un determinante de la práctica regular de actividad física en los trabajadores.

En cuanto a la existencia, estado y mantenimiento de los espacios públicos para la práctica de la actividad física, los resultados muestran que los trabajadores disponen en su vecindario de espacios públicos limpios (91%) y aledaños a su residencia (86%) con aceras en buen estado, parques y zonas verdes para caminar y trotar (81,37%), sin embargo, no cuenta con ciclo vías (68,59%) habilitadas para realizar esta actividad, los resultados descritos se presentan en la tabla 1.

El nivel de uso, grado de accesibilidad y seguridad de los espacios públicos para la práctica de actividad física muestra que el 72,54% de los trabajadores perciben un alto uso de la zona de espacio público destinado para ello; el grado de accesibilidad y disponibilidad para utilizar los parques y senderos por los residentes es alto, los resultados muestran significancia estadística con p -valor < 0,05 (0,01) lo que evidencia la asociación estadística entre estas variables habitacionales y el estilo de vida activo. El 62,74% de los trabajadores afirman que se tienen servicios de seguridad con calidad en los parques y espacios públicos de su vecindario, lo que facilita trasladarse caminando a centros comerciales y centros de entretenimiento y comida de manera segura

Tabla 1. Existencia de espacios públicos según nivel de actividad física.

Variable ECAVE	Categoría	Nivel AF Alto		Nivel AF Moderado		Nivel AF Bajo		Total, por Fila		p-valor
Los espacios públicos de zonas aledañas a su residencia (aceras, parques) ¿Son amplios y cómodos para caminar y trotar?	TDA	23	48%	17	35%	8	17%	48	47%	0,1064
	ADE	14	37%	11	29%	13	34%	38	37%	
	AED	2	25%	1	13%	5	63%	8	8%	
	TED	3	38%	1	13%	4	50%	8	8%	
Los parques y zonas verdes en su vecindario ¿están en buen estado para la práctica de Actividad física?	TDA	27	52%	13	25%	12	23%	52	51%	0,1289
	ADE	11	35%	12	39%	8	26%	31	30%	
	AED	4	25%	4	25%	8	50%	16	16%	
	TED	0	0%	1	33%	2	67%	3	3%	
¿La limpieza de los espacios públicos en su vecindario permite la práctica de la Actividad física?	TDA	28	46%	19	31%	14	23%	61	60%	0,1516
	ADE	12	40%	9	30%	9	30%	30	29%	
	AED	1	20%	0	0%	4	80%	5	5%	
	TED	1	17%	2	33%	3	50%	6	6%	
¿Cuenta en su vecindario con parques, escenarios deportivos y espacios verdes para realizar actividad física?	TDA	25	46%	19	35%	10	19%	54	53%	0,1739
	ADE	11	41%	7	26%	9	33%	27	26%	
	AED	4	33%	2	17%	6	50%	12	12%	
	TED	2	22%	2	22%	5	56%	9	9%	
¿En su vecindario cuenta con ciclo vías?	TDA	13	72%	2	11%	3	17%	18	18%	0,0859
	ADE	7	50%	4	29%	3	21%	14	14%	
	AED	7	33%	8	38%	6	29%	21	21%	
	TED	15	31%	16	33%	18	37%	49	48%	

TDA: totalmente de acuerdo, ADE: algo de acuerdo, AED: algo en desacuerdo, TED: totalmente en desacuerdo

Fuente: Elaboración propia, base de datos de los investigadores.

(83,33%). En la siguiente tabla 2 se presentan los resultados por nivel de actividad física en los trabajadores de la IES objeto de la investigación.

En el sector donde residen los trabajadores de la IES en Barranquilla y Pereira se han realizado pocas jornadas de actividad física por parte de entidades públicas o privadas, los resultados muestran que menos de 45% de la población ha participado en estas jornadas. En relación a la infraestructura de las viviendas, edificios y mobiliario urbano, el 94% de los participantes consideran que se encuentran en buen estado y el 60% expresa que el estado de estos espacios públicos no se considera riesgoso para la integridad física de los residentes; resultados que se desagregan en la tabla 3.

El grado de seguridad del vecindario en términos de conductas delictivas, consumo de sustancias psicoactivas y percepción de peligrosidad de la zona, los resultados muestran que es

determinante para la práctica de la actividad física, el grado de seguridad en cuanto a conducta antisocial (robos y vandalismo) y delincuencia en la zona, variables que muestran significancia estadística con p-valor < 0,05 (0,03). En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos por nivel de actividad física.

En síntesis, los resultados muestran la relación que existe entre las características del vecindario y el nivel de actividad física de los trabajadores de la IES en Barranquilla y Pereira, observándose significancia estadística entre las variables accesibilidad y disponibilidad para utilizar los parques, ciclo vías y senderos (p-valor 0,0105); y el grado de seguridad percibido de la zona donde vive el trabajador (p-valor 0,0342), siendo la delincuencia y la conducta antisocial las barreras habitacionales de mayor impacto para la práctica de la actividad física en la población de estudio; de igual manera se halló significancia estadística entre el sexo y actividad física, siendo más activos los hombres que las mujeres con p-valor < 0,05 (0,0417).

Tabla 2. Uso, accesibilidad y seguridad de los espacios públicos según nivel de AF

Variable ECAVE	Categoría	Nivel AF Alto		Nivel AF Moderado		Nivel AF Bajo		Total, por Fila		p-valor
El nivel de uso de los residentes en la zona de los espacios públicos para la práctica de actividad física ¿es alta?	TDA	20	54%	10	27%	7	19%	37	36%	0,326
	ADE	14	38%	12	32%	11	30%	37	36%	
	AED	4	24%	6	35%	7	41%	17	17%	
	TED	4	36%	2	18%	5	45%	11	11%	
El grado de accesibilidad y disponibilidad para utilizar los parques, ciclo vías, senderos ¿es alto?	TDA	25	58%	14	33%	4	9%	43	42%	0,0105
	ADE	9	27%	10	30%	14	42%	33	32%	
	AED	6	35%	4	24%	7	41%	17	17%	
	TED	2	22%	2	22%	5	56%	9	9%	
Los servicios de seguridad con los que cuenta su vecindario ¿son de calidad? (comisarias, policía, guardas de seguridad)	TDA	16	55%	9	31%	4	14%	29	28%	0,1853
	ADE	15	43%	11	31%	9	26%	35	34%	
	AED	10	29%	9	26%	16	46%	35	34%	
	TED	1	33%	1	33%	1	33%	3	3%	
¿Puede trasladarse caminando a centros comerciales, centros de comida o entretenimiento?	TDA	24	44%	17	31%	13	24%	54	53%	0,2655
	ADE	13	42%	7	23%	11	35%	31	30%	
	AED	4	31%	3	23%	6	46%	13	13%	
	TED	1	25%	3	75%	0	0%	4	4%	
¿Existen suficientes líneas de transportes públicos?	TDA	15	60%	7	28%	3	12%	25	25%	0,1122
	ADE	19	40%	14	30%	14	30%	47	46%	
	AED	4	27%	3	20%	8	53%	15	15%	
	TED	4	27%	6	40%	5	33%	15	15%	

TDA: totalmente de acuerdo, ADE: algo de acuerdo, AED: algo en desacuerdo, TED: totalmente en desacuerdo

Fuente: Elaboración propia, base de datos de los investigadores.



Tabla 3. Estado de espacios públicos según nivel de actividad física

Variable ECAVE	Categoría	Nivel AF Alto		Nivel AF Moderado		Nivel AF Bajo		Total, por Fila		p-valor
¿En el sector las entidades públicas o privadas realizan jornadas de actividad física para los residentes?	TDA	5	38%	4	31%	4	31%	13	13%	0,7306
	ADE	9	41%	6	27%	7	32%	22	22%	
	AED	15	34%	14	32%	15	34%	44	43%	
	TED	13	57%	6	26%	4	17%	23	23%	
¿Deterioro de edificios, viviendas en mal estado, mobiliario urbano estropeado?	TDA	14	45%	11	35%	6	19%	31	30%	0,4623
	ADE	8	31%	6	23%	12	46%	26	25%	
	AED	17	44%	11	28%	11	28%	39	38%	
	TED	3	50%	2	33%	1	17%	6	6%	
¿La apariencia de la zona provoca una impresión negativa, el barrio tiene un aspecto desagradable?	TDA	25	56%	13	29%	7	16%	45	44%	0,1343
	ADE	5	33%	4	27%	6	40%	15	15%	
	AED	9	26%	11	32%	14	41%	34	33%	
	TED	3	38%	2	25%	3	38%	8	8%	
¿El estado de los espacios públicos suponen riesgos para la integridad física, vidrios rotos en el suelo, edificios en ruinas o semi destruidos, árboles en mal estado?	TDA	4	25%	5	31%	7	44%	16	16%	0,5726
	ADE	9	36%	8	32%	8	32%	25	25%	
	AED	23	51%	11	24%	11	24%	45	44%	
	TED	6	38%	6	38%	4	25%	16	16%	

TDA: totalmente de acuerdo, ADE: algo de acuerdo, AED: algo en desacuerdo, TED: totalmente en desacuerdo

Fuente: Elaboración propia, base de datos de los investigadores.

Tabla 4. Grado de seguridad según conducta antisocial y nivel de actividad física

Variable ECAVE	Categoría	Alto		Moderado		Bajo		Total, por Fila		p-valor
En relación con el grado de seguridad de la zona ¿Son habituales, visibles y /o explícito, consumo de drogas?	TDA	9	39%	4	17%	10	43%	23	23%	0,4387
	ADE	11	33%	12	36%	10	30%	33	32%	
	AED	2	33%	2	33%	2	33%	6	6%	
	TED	33	43%	25	33%	18	24%	76	75%	
En relación con el grado de seguridad de la zona ¿Son habituales, visibles y /o explícitos, delincuencia y conducta antisocial como robos y vandalismo?	TDA	17	47%	15	42%	4	11%	36	35%	0,0342
	ADE	8	29%	9	32%	11	39%	28	27%	
	AED	15	48%	5	16%	11	35%	31	30%	
	TED	2	29%	1	14%	4	57%	7	7%	
En relación con el grado de seguridad de la zona ¿Son habituales, visibles y /o explícito: la percepción del visitante sobre el vecindario como zona peligrosa y sensación de inseguridad?	TDA	18	43%	14	33%	10	24%	42	41%	0,9017
	ADE	10	40%	6	24%	9	36%	25	25%	
	AED	13	42%	9	29%	9	29%	31	30%	
	TED	1	25%	1	25%	2	50%	4	4%	
En relación con el grado de seguridad de la zona ¿son habituales, visibles y /o explícitos las actividades ilegales como venta de droga y prostitución entre otras?	TDA	21	42%	17	34%	12	24%	50	49%	0,7029
	ADE	4	31%	3	23%	6	46%	13	13%	
	AED	15	47%	8	25%	9	28%	32	31%	
	TED	2	29%	2	29%	3	43%	7	7%	

TDA: totalmente de acuerdo, ADE: algo de acuerdo, AED: algo en desacuerdo, TED: totalmente en desacuerdo

Fuente: Elaboración propia, base de datos de los investigadores.



Tabla 5. Modelo de intervención para la promoción de AF en trabajadores

Componentes del programa	Enfoque Estratégico	Objetivo	Apoyo y Legitimación	Estrategia
Sensibilización a los trabajadores sobre la importancia de la actividad física para el mantenimiento de la salud y la prevención de ECNT.	Marco estratégico adoptado por la OMS con sus seis atributos: accesibilidad, factibilidad, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender por la comunidad.	Proporcionar información, recomendaciones y orientación a los trabajadores para inducirlos hacia la práctica de AF como medida preventiva que mejora su calidad de vida y protección de la salud; siendo se suma importancia el acompañamiento de la familia, amigos y redes de apoyo.	Participación de personal sanitario: Médico, FT y equipo de salud sobre la situación epidemiológica de ECNT en la calidad de vida y condición de salud.	Comunicación a través de jornadas con la oficina de Gestión Humana y SST; entrevista con equipo de salud; testimonios; visita domiciliaria.
Intervención: plan operativo de empoderamiento a través de la educación para la salud con acciones mediadas por las TIC, material interactivo y en estaciones activas con circuitos didácticos de aprendizaje significativo para la práctica de la actividad física.			Actores de apoyo: familia, equipo de salud, amigos y trabajador; éste último como participante clave del cambio de conductas y hábitos hacia la realización de la actividad física.	Uso de material interactivo: cartillas, infografías, TIC con caja de herramientas de educación sobre los beneficios de la AF, píldoras de seguimiento, y medios masivos en el complejo habitacional. Revisión y adecuación de áreas comunes del complejo habitacional para la práctica de la AF. Apoyo para la auto modificación de estilo de vida
Evaluación: línea base de la investigación vs cumplimiento de la dosis de AF recomendada por la OMS en la población de trabajadores en la IES.			La evaluación del nivel de actividad física por FT; la evaluación a los miembros de la familia sobre el logro alcanzado por el trabajador por equipo de salud para validación de los resultados de la intervención.	Uso de escalas y test de AF; entrevistas con el equipo de salud; rúbricas; testimonios de la familia y del trabajador.

Fuente: Elaboración propia, equipo de investigación

Discusión

Los resultados de la investigación muestran la influencia de los componentes del subsistema físico espacial de los complejos habitacionales en la práctica de la actividad física de los trabajadores de la IES en Barranquilla y Pereira, a partir de la accesibilidad y disponibilidad de uso de los parques, ciclo vía y senderos (p valor 0,0105), la seguridad del espacio público de la zona donde vive el trabajador (p valor 0,0342) y el sexo, siendo más activos los hombres que las mujeres (p valor 0,0417), estos resultados son plausibles con los hallados por Caro-Freire *et al.*²⁰ sobre los factores ambientales relacionados con la actividad física, donde utilizaron el ECAVE como instrumento de medición, encontrando que los hombres eran más activos (68,15%) que las mujeres y las características habitacionales de mayor influencia fueron la seguridad y apariencia del vecindario, el buen estado del espacio público, viviendas y edificios (77,2%) y las pocas actividades ilegales (8,61%), resultados que son consistentes con los del presente estudio.

Bernal *et al.*²¹ desde el enfoque cualitativo lograron identificar tres redes para la transformación del espacio urbano y las oportunidades de realizar actividad física: la primera red se

enfoca hacia la transformación del espacio urbano a partir del entorno físico natural, zonas verdes y fácil acceso del espacio para la práctica regular de actividad física; la segunda se dirige a la valoración de la pérdida y modificación de espacios verdes y cambios del ambiente natural en la oportunidad de mantenerse activo; y la tercera red se orienta a la identificación de las barreras para realizar actividad física en cuanto a la percepción de inseguridad, aumento del tráfico en la zona del vecindario y redistribución de la población. Aspectos que fueron encontrados en nuestro estudio, siendo estas variables significativas para mantener un estilo de vida activo en los trabajadores de la IES en Barranquilla y Pereira.

Herazo *et al.*¹⁴ identificaron el nivel de uso de los parques para la práctica de la actividad física como factor protector de la salud; los resultados evidencian que el 58% de los observados fueron hombres y el 42% mujeres, el grupo que más utilizó los parques fueron adultos (58%) y 8 de cada 10 personas realizaron actividad física de moderada a vigorosa en la modalidad de ejercicios físicos, caminatas y práctica de algún deporte. A pesar de estos hallazgos, reconocen que aún faltan parques cerca de la residencia de las personas, lo que muestra barreras de acceso para la práctica de actividad física. La Alcaldía de Barranquilla estima que el 93% de los hogares aún

están distantes de un parque en la ciudad de Barranquilla, lo que sugiere realizar acciones conjuntas con el ente territorial para disminuir estas barreras y aumentar las oportunidades para el bienestar de los habitantes²².

Las investigaciones referenciadas sugieren acciones intersectoriales con intervenciones que eliminen barreras y fortalezcan estilos de vida saludables, aprovechando los espacios públicos del vecindario para generar la cultura del cuidado y empoderamiento de la salud. Desde esta perspectiva, los resultados del presente estudio aportan un modelo de intervención para la promoción de la actividad física en los trabajadores, cimentado en el enfoque estratégico de salud adoptado por la OMS y razonamiento epidemiológico con el propósito de mantener la salud en el curso de la vida.

Los componentes del modelo incluyen la estrategia pedagógica en estaciones activas, que aporta didácticas para el aprendizaje significativo de los trabajadores²³ y la estrategia de comunicación basada en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia²⁴ y la organización Panamericana de la Salud-UNICEF²⁵ las cuales transversalizan los componentes del modelo para la sensibilización e intervención de la población sobre la dosis recomendada de actividad física y la adherencia a su práctica semanal en los espacios públicos disponibles y cercanos a su vivienda, de manera que cada trabajador participe y se convierta en gestor de bienestar individual y familiar y constructor de un estilo de vida activo y saludable. En la siguiente tabla se presenta el modelo con el plan de intervención propuesto para los trabajadores de la IES en Barranquilla y Pereira (Tabla 5).

Se recomienda la implementación del modelo de intervención presentado para promover la actividad física en los trabajadores de la IES, con seguimiento a los componentes del programa y fortalecer el trabajo intersectorial con propiedad horizontal, representantes del ente territorial, ONG y redes de apoyo que aporten a disminuir las barreras de acceso en los complejos habitacionales.

Conclusiones

El estudio permitió caracterizar la influencia de los componentes del subsistema físico espacial de los complejos habitacionales en la práctica de la actividad física de los trabajadores de una Institución de Educación Superior. La caracterización evidenció componentes individuales y habitacionales; los componentes individuales muestran la asociación entre el sexo y la práctica de la actividad física, siendo este determinante en la adherencia a un estilo de vida activo (p -valor $<0,0417$); los componentes habitacionales que generan mayor obstáculo para realizar actividad física en el grupo de estudio son: el grado de seguridad valorado por el trabajador de la zona donde vive, la conducta antisocial y

delictiva, el consumo y venta de drogas y la percepción de los visitantes sobre el vecindario como zona peligro e inseguridad (p -valor $<0,0105$; p -valor $<0,0342$). Los autores dejan la propuesta de un modelo de intervención para la promoción de la actividad física en los complejos habitacionales de trabajadores, teniendo en cuenta los resultados del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo de la investigación que fundamenta al presente artículo se tuvo en cuenta la normatividad de la Resolución 008430 de 1993 y las pautas éticas de la Organización Internacional de las Ciencias Médicas, además de la Declaración de Helsinki. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y Bioética de Investigaciones de Universidad Libre de Colombia.

Contribución de los autores

Conceptualización: G.M.; A.M.; B.H.; I.J.; M.J.; Curación de datos: P.A.; G.M.; Análisis formal: P.A.; G.M.; Adquisición de Financiamiento: I.J.; A.M.; Investigación: G.M.; A.M.; B.H.; I.J.; M.J.; Metodología: G.M.; A.M.; Administración de proyecto: G.M.; B.H.; Recursos: I.J.; G.M.; Software: P.A.; Supervisión: I.J.; G.M.; Validación: P.A.; G.M.; Visualización: P.A.; Redacción – Borrador original: G.M.; I.J.; M.J.; Redacción: revisión y edición: G.M.; I.J.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Universidad Libre Seccional Barranquilla- Colombia por la financiación del proyecto.

Referencias

1. Navarro Herrera V. E, Calderón García R. Espacios habitacionales, dinámicas sociales y calidad de vida. RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo [Internet]. 2014;5(9): Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498150317009>
2. Gastón Díaz Achaval. Sistematización y análisis de base de datos para intervención urbanística en el sector noreste del ejido municipal de la ciudad de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales Cátedra Práctica Profesional Supervisada. 2015. Disponible en <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/2205>

3. Roncancio-Niño J. C. Calidad de vida a través de un espacio público deportivo. Universidad catolica de Colombia. Facultad de Diseño, Programa de Arquitectura. Bogotá, D.C. 2018. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/3913a6aa-e851-4a68-9b3e-c8575751c1f8/content>
4. Moglia A. Desandando los entramados identitarios en el Complejo Habitacional Soldati, Buenos Aires, Argentina. TRAMARCSH [Internet]. 3 de julio de 2020 [citado 16 de noviembre de 2023];9(1):53-98. Disponible en: <https://revistas.tec.ac.cr/index.php/trama/article/view/5269>
5. Bennàsser M, Vidal-Conti J. Relación entre actividad física y características de la vivienda y su entorno en jóvenes. J Sport Health Res [Internet]. 2021 [citado el 29 de septiembre de 2023];13(2):281-94. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/JSHR/article/view/89604>
6. Ministerio de Salud y Protección Social: Análisis de Situación de Salud Colombia 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>
7. Gordis, L. Epidemiología. 5th ed. España: Elsevier. 2014.
8. Organización Mundial de la Salud-OMS. Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física. 2018 Comunicado de prensa Ginebra <https://www.who.int/es/news/item/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity>
9. Organización Mundial de la Salud-OMS & Organización Panamericana de la Salud-OPS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-5-2012-recomendaciones-mundiales-sobre-actividad-fisica-para-salud>
10. Ciurana Misol, R. Brotons Cuixart, C y Marzo Castillejo, M. Promoción y prevención en el adulto. En Martín Zurro, Amando editor. Compendio de Atención Primaria: problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia. 5th ed. España Elsevier. 2019. p 263-284. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.sibulgem.unilibre.edu.co/#!/content/book/3-s2.0-B9788491131854000025?scrollTo=%23hl0002024>
11. González-Rodríguez. L. Perea-Sánchez, J. Viega-Herreros, P. Peral Suarez Africa. Educación nutricional personalizada para el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas y de actividad física. En Galanakis, Charris M editor. Tendencias de Nutrición Personalizada. España Elsevier. 2021. p 277-308. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.sibulgem.unilibre.edu.co/#!/content/book/3-s2.0-B978849113794800011X?scrollTo=%23bb0300>
12. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. La prevención de los efectos sobre la salud derivados del trabajo sedentario asociado a las nuevas tecnologías. Madrid España. 2018. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/Sedentarismo+jovenes.pdf/c82d00c7-5fcf-4f73-bcc5-0e78bca969fd>
13. Mora-Ochoa H, Sarmiento OL, González SA, Alvarado-Segovia A, Arango M, Forero Y. Niveles de actividad física y adiposidad en adultos de hogares colombianos con inseguridad alimentaria. Med. [Internet]. 3 de octubre de 2020 [citado 13 de noviembre de 2023];42(3):383-9. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1535>
14. Herazo-Beltrán, Y. Pinillos-Patiño, Y. Sánchez-Guette, L. Parques en Barranquilla: 8 de cada 10 usuarios realizan actividad física. El Heraldo. 2023 abril 6; Sección Locales. Disponible en <https://www.elheraldo.co/atlantico/parques-en-barranquilla-8-de-cada-10-usuarios-realizan-actividad-fisica-990525>
15. Calvo Soto AP, Daza Arana JE, Gómez Ramírez E. Teorías generales que explican el movimiento corporal humano. En: Calvo Soto AP, Gómez Ramírez E, Daza Arana J, editores. Modelos teóricos para fisioterapia. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 35-52.
16. Organización Mundial de la Salud. Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ). [Internet]. 13 de noviembre de 2021 [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/global-physical-activity-questionnaire>
17. Restrepo JJ, Vargas JJ, Betancur S, Grajales S. Propiedades psicométricas del cuestionario mundial de actividad física GPAQ en población universitaria colombiana; 2019. [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.fumc.edu.co/bitstream/handle/fumc/132/RestrepoJuan_VargasJuan_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Menéndez Álvarez-Dardet S, Hidalgo García M. V, Arenas Rojas Á, Lorente Lara B, Jiménez García L, Sánchez Hidalgo J. La escala para la Evaluación de la Calidad del Vecindario (ECAVE): proceso de elaboración y análisis preliminares de sus propiedades psicométricas. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2012;44(3):133-148. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=8052502201>

19. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, 4th ed. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Disponible en https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

20. Caro-Freile A, Rebolledo-Cobo R, Yépez-Charris Y, Jurado-Castro V, Barrios-Pertuz Y. Factores ambientales relacionados con la actividad física en universitarios de una institución en Barranquilla, Colombia. Duazary [Internet]. 11 de marzo de 2022 [citado 13 de noviembre de 2023];19(1):15-27. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/4492>

21. Bernal Cruz, L. Rojas Huertas, X. Santana Trochez, F. Transformaciones del espacio urbano y su relación con las oportunidades para la actividad física de adultos y adultos mayores del barrio Meléndez de la ciudad de Cali. 2019. [Internet]. Colombia: 2020 [citado: 2023, noviembre] 1 recurso en línea (127 páginas). Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/entities/publication/f0c14582-87c7-44fe-a336-239b0ee5404c>

22. Agencia Distrital de Infraestructura (ADI), Alcaldía de Barranquilla. Informe de Gestión Concejo Distrital de Barranquilla. Colombia. 2018. Disponible en internet https://www.barranquilla.gov.co/wp-content/uploads/2018/12/informe_concejo_adi_2018.pdf

23. Gómez Barbosa, M. Palacio Duran, E. Mendoza Guerra, J. Mendinueta Martínez, M. Sistema de Escenarios de Aprendizaje Creativos: circuitos y estaciones didácticas como estrategia humanizada para la educación superior. Barranquilla Colombia: Editorial Mejoras, Ediciones Universidad Simón Bolívar. 2020. Disponible <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/7236/SISTEMAS%20ESCENARIOS%20DE%20APRENDIZAJES%20CREATIVOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia de información, educación y comunicación en salud, incluyente y accesible, oficina de promoción social. 2018. Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-estrategias-de-iec.pdf>

25. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Guía de planificación participativa de estrategias de comunicación en salud. 2007. Disponible en <https://www.unicef.org/paraguay/media/2126/file/guia-salud.pdf>

Vivencias ante la nueva normalidad por COVID-19 en universitarios

Experiences before the new normal by covid-19 in university

Reyna Felipe-López¹,  Isabel Beristáin-García²,  Raúl Fernando Guerrero-Castañeda³ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5711

Artículo Original

• Fecha de recibido: 29 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 24 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Reyna Felipe-López, Dirección postal: Carretera Transísmica Juchitán - La Ventosa Km. 14, C.P. 70102.
Universidad del Istmo, campus Juchitán, la Ventosa, Oaxaca, México.
Correo electrónico: felipe_rfl@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Comprender las vivencias ante la nueva normalidad en universitarios después de la pandemia por COVID-19.

Materiales y métodos: Investigación de tipo cualitativa, las unidades de significados fueron construidas con base a los momentos del círculo hermenéuticos de Martin Heidegger, para la selección de los participantes se realizó un muestreo intencionado de 16 universitarios de la licenciatura de enfermería de una universidad pública del estado de Oaxaca, donde se alcanzó la saturación de los datos, la entrevista fenomenológica se llevó a cabo de marzo a mayo del 2023 y fue audio grabada, la investigación cumplió con los criterios de rigor científico para investigación cualitativa.

Resultados: Los universitarios expresaron tener problemas de salud mental debido al confinamiento y el distanciamiento social y ante la nueva normalidad ha generado pensamientos y sentimientos negativos debido a la falta de comunicación, identificando la presencia de sus compañeros como negativa, sin embargo, es una nueva oportunidad de volver a comenzar y reconoce experiencias de su vida con ayuda de un profesional de salud.

Conclusiones: Es de vital importancia que las instituciones educativas puedan realizar estrategias adecuadas para mejorar la calidad de vida de los universitarios, creando intervenciones apropiadas para atender los problemas psicológicos que los universitarios vivencian.

Palabras claves: Salud mental; COVID-19; Estudiantes de enfermería; Enfermería.

Abstract

Objective: To understand the experiences before the new normal in university students after the pandemic by COVID-19.

Materials and methods: Qualitative research, the units of meanings were built based on the moments of Martin Heidegger's hermeneutic circle, for the selection of the participants, an intentional sampling was made of 16 university students of the nursing degree of a public university in the state of Oaxaca, where saturation of the data was reached, the phenomenological interview took place from March to May 2023 and were audiotaped, the research met the criteria of scientific rigor for qualitative research.

Results: University students expressed having mental health problems due to confinement and social estrangement and in the face of the new normality has generated negative thoughts and feelings due to lack of communication, identifying the presence of their peers as negative, However, it is a new opportunity to start over and recognize life experiences with the help of a health professional.

Conclusions: It is vital that educational institutions be able to develop appropriate strategies to improve the quality of life of university students by creating appropriate interventions to address the psychological problems that university students experience.

Keywords: Mental health; COVID-19; Nursing students; Nursing.

¹ Maestra en Salud Pública, profesor de tiempo completo en la Universidad del Istmo (UNISMO) campus Juchitán, del Sistema de Universidades Estatales de Oaxaca (SUNEO), Oaxaca, México.

² Doctora en Ciencia en Enfermería, Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), Durango, México.

³ Doctor en Ciencias de Enfermería, presidente de la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa en Enfermería y Salud (AMFICES). Aguascalientes, México.



Introducción

A finales del 2019 en Wuhan (China) se presentaron una serie de casos de neumonías atípicas generadas por un nuevo coronavirus, sin embargo, el 31 de diciembre del 2019 el gobierno de China alertó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los casos de neumonía atípica de origen desconocido y el 30 de enero del 2020 la OMS declaró la COVID 19 como una emergencia de salud pública internacional¹. Debido a la propagación de la enfermedad y su gravedad en todas las regiones del mundo, el 11 de marzo del 2020 la OMS declara a la COVID-19 una pandemia².

La pandemia de la COVID-19, apareció como una crisis sanitaria, pero ha trascendido en el ámbito económico, político, social, cultural, emocional y educativo; esto provocó que los gobiernos a nivel mundial implementaran medidas necesarias como el distanciamiento social, el confinamiento obligatorio y el cierre de las escuelas para la prevención y propagación de la enfermedad³. La COVID-19 ocasionó gran impacto en el área educativa, en México a nivel de educación superior, más de 5 millones de universitarios tuvieron forzosamente que recibir las clases a distancias y quedarse en casa⁴.

Las instituciones educativas se vieron forzada a cambiar sus métodos de enseñanza-aprendizaje, por uno virtual, lo que permitió la continuidad de los estudios de los universitarios, así mismo, estas nuevas modalidades pedagógicas vislumbraron las brechas digitales y las desigualdades lo que represento un desafío académico para las universidades, debido a que los estudiantes fueron los más afectados ya que exigía una mayor disciplina y compromiso en los estudiantes.

El distanciamiento y el aislamiento social por COVID-19 generaron conductas desfavorables en universitarios, debido al exceso de información, temor al contagio y a su vez sentimientos y pensamientos negativos que han afectado significativamente su existencia⁵.

El 25% de la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés, insomnio, conductas suicidas y el consumo de sustancias nocivas aumentaron durante el confinamiento^{6,7,8}. Ante este panorama, el confinamiento prolongado impactó severamente al universitario del área de la salud, repercutiendo en el rendimiento académico, afectando el 60% de la población estudiantil a nivel nacional⁹.

Por consiguiente, el término “nueva normalidad” es entendida como el periodo de transición para retomar las actividades que se realizaban antes de la pandemia y ha requerido de una adaptación social, económico, emocional y de salud mental. La salud mental es entendida como un estado de bienestar mental ya que permite al individuo afrontar situaciones,

crear relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos y es sumamente esencial para el crecimiento personal, comunitario y socioeconómico⁵.

Los estudiantes universitarios del área de enfermería son vulnerables a presentar problemas de salud mental, debido a que presentan niveles altos de ansiedad, estrés e incertidumbre en el desarrollo de su carrera y lo que modifica sus emociones, sus comportamientos; sumando los efectos del distanciamiento social, el trauma por la emergencia sanitaria y las pérdidas de algún familiar por lo que es de vital importancia conocer las vivencias del estudiante y conocer los efectos ante esta nueva normalidad.

El ser humano se encuentra inmerso en el mundo a través de su vivencia creando su propia existencia, en el cual, esta vivencia debe ser comprendida, estudiada e interpretada desde su perspectiva, y es necesario una introspección para poder entender y comprenderlo, ya que todo lo que acontece en su cotidianidad a través de la experiencia vivida es un fenómeno, es decir, una visión fenomenológica¹⁰.

Así mismo, la fenomenología como parte del paradigma cualitativo en las investigaciones de enfermería es aprehender los fenómenos, de acuerdo con Martin Heidegger, la fenomenología es un método que permite entender los fenómenos que acontecen en el mundo, uniendo la relación sujeto-objeto, haciendo participe ante sus experiencias en el mundo, es decir; dejar y hacer por sí mismo aquello que se muestra a partir de sí mismo (“ser-ahí”), abordando la experiencia de su vida cotidiana y poder expresarse a través de un lenguaje claro¹¹.

Por lo tanto, toda experiencia vivida puede tener un abordaje fenomenológico y para el área de enfermería es fundamental el estudio de la salud mental, para poder comprender las actitudes y valores de su vida presente o pasado de los universitarios; es sumamente importante para centrarse en una situación de salud para comprenderlo y poder interpretar su realidad.

Por lo anterior, el presente artículo tiene por objetivo comprender las vivencias ante la nueva normalidad en universitarios después de la pandemia por COVID-19.

Materiales y métodos

La presente investigación es de tipo cualitativa fenomenológico, tomando como referencial filosófico la fenomenología hermenéutica de Martin Heidegger¹¹, para la redacción del artículo se siguieron los criterios consolidados para informar investigaciones cualitativas (COREQ)¹².

El escenario de estudio se realizó en una universidad pública del estado de Oaxaca perteneciente a la región del Papaloapan en el semestre A del ciclo escolar 2022-2023.

Para la selección de los participantes, se tomaron como criterios de inclusión universitarios de la licenciatura en enfermería del quinto, séptimo y noveno semestre de ambos sexos que durante la pandemia COVID-19 estuvieron inscritos en la universidad pública de la región del Papaloapan. Los criterios de exclusión fueron universitarios que se reincorporaron a la universidad después de la pandemia COVID-19 y los alumnos de nuevo ingreso.

Se realizó un muestreo intencionado¹³, por lo que se realizó la invitación a los universitarios para participar en el estudio y se les hacía saber el propósito de este y al responder afirmativamente se proseguía a firmar el consentimiento informado y se concretaba la entrevista fenomenológica. El escenario donde se llevó a cabo la investigación fue en el hospital robotizado de la institución educativa, donde se dispuso de un área adecuada en donde el universitario se sintiera cómodo y en confianza para la entrevista fenomenológica.

El método utilizado fue a través de la fenomenología, donde se logró la participación de 16 universitarios de la licenciatura en enfermería, donde se alcanzó la saturación de los datos de manera pertinente y suficiente que permitieron lograr converger diversas unidades de significados para comprender el fenómeno de la salud mental.

Los estudiantes participaron en la entrevista fenomenológica, por medio de una pregunta detonadora¹³, ¿Cómo ha sido su vivencia tras el regreso a clase, ante la nueva normalidad de la pandemia COVID 19?. La entrevista fenomenológica es entendida como un encuentro social entre el investigador y el participante, donde hay una conjunción de empatía y la intersubjetividad para construir conocimientos sobre las percepciones del participante respecto a lo vivido¹⁴. Por lo tanto, permitió al entrevistador adentrarse en la subjetividad del universitario y permitió develarse en su vivencia.

La recolecta de datos se llevó a cabo de marzo a mayo del 2023 y fueron audio grabadas con la autorización de los participantes con una duración mínima de 35 minutos y máxima de 85 minutos.

Las entrevistas fueron transcritas por los investigadores en Microsoft Word, así como la información general de los participantes, se realizó la transcripción de las entrevistas a través de la transcripción de Jefferson. Este es el proceso mediante el cual se transfiere la expresión oral a textos escritos y se realiza el análisis a partir del texto resultante y consiste en una serie de símbolos que permiten una

investigación detallada del escrito, paraverbal, verbal y contextual del participante, de acuerdo con la interacción de la entrevista realizada¹⁵.

Para el análisis de los datos, se analizaron cada una de las entrevistas línea por línea a través de la transcripción de Jefferson de cada uno de los participantes con la finalidad de crear códigos y etiquetas, realizando un análisis global y se interpretaron para obtener las unidades de significado, se realizó a través del círculo hermenéutico de Martin Heidegger^{10,16} a través de sus 3 momentos: *pre-comprensión*, *comprensión e interpretación*. La *pre-comprensión*, es entendida como el Disein o ser-ahí, es decir, como las personas se visualizan así mismo. La *comprensión*, es todos los fenómenos estudiados de los discursos por parte del investigador y a la misma vez ser comprendido a que da una explicación de los hechos vivenciados. La *Interpretación* es el resultado del ser y la articulación de los fenómenos.

El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad del Papaloapan cumpliendo los criterios éticos de la Ley General de Salud en materia de investigación, además, se buscó mantener la ética, los principios y valores deontológicos del código de ética para enfermeras y enfermeros de México¹⁷. Así mismo, se proporcionó y se firmó el consentimiento informado de los participantes, donde se dio a conocer la investigación y la importancia de su participación, además; se cuidó el anonimato otorgándoles nombres ficticios.

La investigación cumplió con los criterios de rigor científico para investigación cualitativa a través de la credibilidad, validez, consistencia y relevancia a través de una adecuación teórica epistemológica.

Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos de los participantes, se realizó la entrevista a 8 mujeres y 8 hombres, tal como se presenta en la siguiente tabla. (Tabla 1).

Las unidades de significados fueron construidas con base a los momentos del círculo hermenéuticos para la comprensión del fenómeno, con un primer momento (reducción fenomenológica) comprendiendo el fenómeno aun no desvelado. Después de la lectura de los discursos de los participantes emergieron 5 unidades de significados que a continuación se presentan:

El ser ante la libertad

La nueva normalidad es un periodo de transición que ha requerido de muchos cambios en la adaptación en la salud, la economía, lo social y lo emocional. Para los universitarios

Tabla 1. Caracterización de los participantes

N°	Nombres ficticios	Edad	semestre	Religión	Vive con
1	Asunción	23 años	Noveno	Católica	Solo
2	Lorenzo	22 años	Noveno	Católica	Solo
3	Carlos	23 años	Noveno	Católica	Familia
4	María	20 años	Séptimo	Cristiana	Familia
5	Rosa	21 años	Séptimo	Cristiana	Familia
6	Angélica	21 años	Séptimo	Ninguno	Hermanos
7	Juan	23 años	Noveno	Católica	solo
8	Catalina	22 años	Noveno	Católica	sola
9	Victoria	18 años	Quinto	Cristiana	Sola
10	Martha	20 años	Quinto	Católica	sola
11	Javier	19 años	Quinto	Católica	solo
12	Fernando	24 años	Noveno	Ninguno	solo
13	Ángel	25 años	Noveno	Católica	Católica
14	Daniel	22 años	Quinto	Católica	Católica
15	Benito	18 años	Séptimo	Ninguno	Hermanos
16	Raquel	22 años	Séptimo	Cristiana	Familia

Fuente: elaboración propia

regresar a un nuevo escenario ha sido complejo debido a todos los cambios que se suscitaron en la pandemia.

El aislamiento social, la pérdida de familiares y amigos permitieron un mayor sufrimiento en esta población vulnerable. Ellos expresan que deseaban regresar a la universidad por todos los problemas generados durante la pandemia, identificando que para ellos era una nueva oportunidad de volver a comenzar y ser libres, tal como se expresan en los siguientes discursos:

“Al principio creía que la pandemia por COVID 19 pasaría pronto, sin embargo; los días, meses y años pasaron y yo solo quería regresar a la universidad, me preocupaba mucho mi carrera de enfermería porque tenía mucho que aprender y más por la situación que estábamos viviendo y cuando nos dijeron que regresaríamos (...) sentí que mis problemas cambiarían” (Fernando, 24 años).

“Esta nueva normalidad, ha sido una oportunidad para olvidarme de todo lo sucedido en la pandemia, anhelaba mucho regresar (Angélica, 21 años).

(...) Cuando nos dijeron que regresaríamos a clases, me sentí feliz y sonreí como en mucho tiempo no lo había hecho, porque me sentía muy estresada por las clases virtuales y yo solo quería regresar a la normalidad para realizar mis prácticas (Raquel 22 años).

“Al recibir la noticia de regresar a la universidad me sentí como si me quitaran una carga tan grande, realmente sufrí mucho estando con mi familia, debido a que mi relación con

ellos era muy difícil y solo me la pasaba encerrada en mi cuarto para evitar peleas y discusiones” (Catalina, 22 años).

El ser ante la salud mental

La crisis de salud mental que trajo consigo la pandemia de la COVID 19 ha generado trastornos de depresión, ansiedad, angustia, estrés, insomnio, irritabilidad, tristeza y apatía, sin embargo, el universitario reconoce experiencias en su vida y todo lo que ocasionó la pandemia y que hoy en día repercute en su salud, tal como lo describen en los discursos:

“(...) pensé que al regresar ante una nueva normalidad los problemas mejorarían, pero no fue así (...) el distanciamiento social provocó que padeciera ansiedad, estrés y tristeza por todos los problemas que se generó en mi familia”. (Catalina, 22 años).

“(...) me alegra mucho regresar a la universidad, pero tengo muchos sentimientos negativos que hace que padezca insomnio al recordar los malos tratos que recibí en la pandemia” (Martha, 22 años)

“Perdí a mi mamá y mi hermana en la pandemia y fue lo más doloroso y difícil ya que eran las únicas en quien podía confiar (...) me duele mucho tan solo de recordarlo, duele y duele mucho”. (María, 20 años).

“Mi salud mental, no está nada bien, ahora, ya no puedo regresar a casa los fines de semana, porque ya no tengo quien se ponga feliz por mi regreso (...). (Lorenzo, 22 años).

El ser ante una experiencia nueva

Ante la nueva normalidad, los universitarios describen su vida como una experiencia nueva debido a los cambios suscitados en la pandemia y que ha sido fuertemente marcada, tal como se describen los discursos:

“(…) Pensé que regresar a clases sería diferente, todavía me cuesta adaptarme con mis compañeros de clases, el confinamiento y la sana distancia hizo de mí una persona solitaria”. (Asunción, 23 años)

“Estaba tan emocionada cuando nos dijeron que regresaríamos a clases (...) la vida está llena de sorpresas, realmente es una experiencia diferente a como pensaba, simplemente todo cambio”. (Juan, 23 años).

“(…) esta nueva experiencia es extraña, anhelaba tanto regresar a la escuela, me había acostumbrado a estar en casa con mi familia, y ahora solo me provoca ansiedad al no ver a mi familia, quiero pensar que solo es un proceso por todo lo vivido”. (Victoria, 18 años).

El ser y coestar en el aula

El universitario identifica la presencia de sus compañeros como negativa, debido a que el uso de cubrebocas es una barrera para comunicación, sin embargo; le ha permitido ser trascendente y reconoce la importancia de la convivencia ante esta nueva normalidad para sentirse bien. A continuación, se presentan los discursos:

“(…) El uso del cubrebocas me hace sentir como si estuviera en clases virtuales, porque no puedo ver realmente las expresiones de mis compañeros y del profesor y eso hace que no pueda ver su sinceridad y eso me provoca mucha ansiedad”. (Rosa, 21 años).

“En la pandemia deseaba tanto estar en la universidad y platicar con mis amigos de todo lo vivido y contarle mis problemas, sin embargo, ahora no se si en verdad me ponen atención, porque tal vez me están haciendo gestos malos con el cubrebocas y eso me hace limitarme y guardarme mis problemas (...) ya no me siento en confianza” (Benito, 18 años).

“Tal vez se me hace difícil adaptarme con mis compañeros (...) pero entiendo muy bien la situación, realmente vivimos muchas cosas en la pandemia y sé que estos cambios poco a poco se darán” (Catalina, 22 años).

“Me afectó mucho que me cambiaran de grupo, sin embargo; todavía me cuesta confiar en mis nuevos compañeros (...) espero algún día formar parte del grupo”. (Ángel 25 años).

El ser y un nuevo comienzo

Los universitarios indican que ante la nueva normalidad por COVID 19 y los problemas psicológicos presentados, esperan poder afrontar la situación con la ayuda de un profesional, tal como lo indican en los siguientes discursos:

“(…) La universidad ha demostrado interés por sus estudiantes, en el cual, nos han hecho la invitación de acudir con la psicóloga y además se han preocupado y han tenido medidas necesarias para no contagiarnos nuevamente”. (Carlos, 23 años)

“(…) Me gustaría ir con un psicólogo, sin embargo, tengo mucho miedo de ir, tengo miedo de que mis compañeros me vean y me critiquen y se burlen de mí”. (Rosa, 21 años).

“Sé que el primer paso para sentirme psicológicamente bien es acudir con un personal capacitado que pueda ayudarme, pero tengo mucho miedo, realmente necesito ayuda (...) mucha ayuda”. (María, 20 años).

“(…) Sé que debo sentirme bien, próximamente seré profesional de la salud y para ello necesito sentirme bien y estar bien conmigo misma” (Catalina, 22 años).

Discusión

La pandemia de la COVID-19 ha sido considerada un problema de salud pública a nivel mundial y ha tenido un fuerte impacto en la calidad de vida de los individuos, no obstante, en los estudiantes universitarios se han presentado problemas psicológicos con un mayor riesgo de depresión, estrés y ansiedad ante la nueva normalidad¹⁸.

En la presente investigación se muestra que los universitarios presentan emociones negativas como consecuencia del aislamiento social, que ha implicado una adaptación no inmediata en el ámbito universitario, así como la modificación de como relacionarse con sus compañeros y esto a su vez ha generado fuertes emociones, sentimientos y pensamientos negativos que afectan significativamente su existencia, de acuerdo a Moreno¹⁹ menciona que los efectos negativos de la salud mental persisten ante una nueva normalidad con altos costos psicológicos y por ende una calidad de vida deteriorada.

Por lo tanto, la fenomenología nos hace una reflexión profunda de los fenómenos que acontecen, tal como lo afirma Martin Heidegger “dejar y hacer ver por sí mismo aquello que se muestra, así mismo, el fenómeno es algo vivenciado, tiene un significado y es necesario desvelar aquello que estaba oculto y comprender los fenómenos²⁰”.

El regreso a clases de los universitarios implicó muchos retos, ya que durante la pandemia se generó una nueva adaptación de quedarnos en casa y modificó rutinas, convivencia familiar, convivencia escolar y personal. Ahora, al modificar y readaptarse a la nueva normalidad se siguen implementando protocolos de bioseguridad, pues esto sigue causando incertidumbre en los universitarios, debido a que presentan miedo, soledad y angustia por la falta de hábitos de estudios. Patiño y Col encontraron la misma problemática²¹. Otros hallazgos importantes en la investigación fueron que la universidad ha atendido los problemas de salud mental dentro de la institución, pero todavía existe falta de confianza por los universitarios para poder acudir a los espacios destinados para recibir atención sobre los problemas presentes, así mismo, está bien documentado que las universidades deben apoyar a la población estudiantil mediante ayuda profesional especializada, si el estudiante enfrentara experiencias y momentos difíciles²².

En otras investigaciones desde el punto de vista psicológico se han demostrado cambios posteriores a la pandemia en los universitarios del área de la salud, evidenciando que existen niveles elevados de estrés y resiliencia, además estos resultados no están alejados de la realidad de la presente investigación, por lo que es necesario incluir en el proceso de formación, el manejo y control de las emociones debido a que el objetivo en las instituciones educativas del área de enfermería es formar recursos en salud capaces y competentes ante diferentes situaciones que puedan surgir^{23,24}.

Para el profesional de enfermería es de vital importancia comprender las experiencias vividas y hacer una interpretación de lo que le acontece al ser humano desde un enfoque fenomenológico, es fundamental que el profesional de enfermería pueda promover estrategias con respaldo científico para recuperar la salud mental de los universitarios y sensibilizar sobre la importancia de la búsqueda de apoyos y soluciones; y así puedan sentirse seguros y comprendidos ante cualquier vivencia y experiencia²⁵.

En investigaciones realizadas en estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, los universitarios presentan estrés, depresión y ansiedad, demostrando que se encuentran en una etapa evolutiva compleja, por lo que se requiere ir más allá de lo medible, es decir abarcar lo subjetivo con la finalidad de comprender las vivencias y experiencias de los universitarios y poder comprender el fenómeno en estudio²⁶.

Ante esta nueva normalidad aún existe falta de empatía y estar asociados a la pandemia de la COVID-19; es necesario que los universitarios puedan sentirse comprendidos, por lo tanto, enfermería es caracterizado por ser un facilitador que da soluciones a las necesidades en salud, lo que

hace imprescindible que las instituciones educativas, principalmente en el área de enfermería puedan guiar al universitario hacia una atención segura desde una perspectiva holística y crear entornos seguros y empáticos.

Otros de los hallazgos importantes que se presentan en la investigación fue que los universitarios querían regresar a la universidad debido a todos los problemas personales y familiares que se presentaron durante la pandemia, además; se sentían estresados (as) debido a que sus prácticas clínicas estaban suspendidas, lo que ocasiono una afectación en todas sus esferas biopsicosociales, tal como lo mencionan otros autores, que durante el confinamiento se vieron perjudicadas las prácticas clínicas, lo que dificultó las competencias de los estudiantes y la relación familiar²⁷.

Los aportes de esta investigación al área de enfermería se basan principalmente en las repercusiones de la salud mental, en el cual nos brinda un panorama sobre los problemas que los universitarios viven a diario dentro del aula de clases, por lo que es necesario buscar estrategias adecuadas para poder atender los problemas psicológicos que los universitarios vivencian.

La limitación del estudio fue realizar la investigación con pocos participantes debido a la falta de tiempo por los estudiantes, cabe señalar que es necesario incluir intervenciones adecuadas para mejorar la salud mental, así como estrategias para mejorar las relaciones sociales y por ende su calidad de vida y así implementar políticas públicas, minimizando la problemática de salud mental.

Conclusiones

La pandemia de la COVID-19 apareció como una crisis sanitaria y ha causado gran impacto en la salud mental de las personas, pero principalmente de los universitarios, tras esta nueva normalidad presentan depresión, insomnio, tristeza y emociones negativas debido a su experiencia vivida durante el distanciamiento social y el cierre de las escuelas.

Los estudiantes de enfermería son una población sumamente vulnerable, debido a las exigencias a las que están sometidos en las universidades, como el estrés y las cargas académicas que diariamente realizan, es necesario actuar sobre esta población ya que son los próximos profesionales de salud quienes brindaran cuidados de calidad, sin embargo, al no tener una adecuada salud mental, es muy difícil poder ofertar un cuidado holístico a la población.

Es fundamental que en las instituciones educativas puedan eliminarse barreras que representen un riesgo para los universitarios e implementar medidas adecuadas para que el universitario pueda sentirse en confianza.

Es primordial que las instituciones educativas puedan buscar estrategias para que los universitarios acudan con profesionales que tengan el conocimiento y la experiencia para abordar situaciones de salud mental y que puedan mejorar el estado de salud de estos jóvenes, así como crear políticas que sean adecuadas para crear entornos saludables y seguros; y puedan ser profesionales competentes.

Por lo tanto, el personal de enfermería debe realizar investigación con enfoque cualitativo que permitan interpretar las vivencias y buscar estrategias para afrontar situaciones de salud mental.

Conflictos de intereses

Los autores mencionan no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad del Papaloapan, campus Tuxtepec de acuerdo con lo establecido por la Ley General de Salud en Materia de investigación estipulado el capítulo I artículo 15, 16 y 20, el consentimiento informado fue entregado y firmado por los participantes.

Contribuciones de los autores

Conceptualización y diseño R.F.L., I.B.G. R.F.G.C.; Metodología R.F.L., I.B.G. R.F.G.C.; Adquisición de datos: R.F.L., análisis e interpretación de datos R.F.L. investigador Principal R.F.L. Redacción de manuscrito R.F.L., I.B.G. R.F.G.C.; Preparación del borrador original R.F.L., I.B.G. R.F.G.C.; Redacción revisión y edición del manuscrito R.F.L., I.B.G. R.F.G.C.; Visualización R.F.L., I.B.G. R.F.G.C.; Supervisión I.B.G. R.F.G.C.; Adquisición de fondos R.F.L.

Referencias

- Palacios C, E Santos, Velázquez C, León Juárez. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial .2020, Rev. Clin Esp.221 (1):55-61. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
- Mojica C, Morales. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. SEMERGEN.2020; 46(S1): 72-84 <https://doi.org/10.1016/j.semern.2020.05.010>

- Enríquez A, Sáenz C., “Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA”, serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, N° 189 (LC/TS.2021/38; LC/MEX/TS.2021/5), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46802-primeras-lecciones-desafios-la-pandemia-covid-19-paises-sica>

- Mercado R., Otero A. Efectos diferenciados del COVID-19 en estudiantes universitarios. Rev. innova educ.2020. 4(3): 51-71. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8510463>

- Casimiro Urcos, J. F., Benites Azabache, J. C., Sánchez Aguirre, F. D. M., Flores Rosas, V. R., Palma Albino, F. Percepción de la conducta por aislamiento social obligatorio en jóvenes universitarios por Covid-19. Rev Conrado,2020 16(77), 74-80 <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1569>

- Negrin CY, Cárdenas ML. Una mirada sobre la educación a distancia como opción en tiempos de pandemia. EDUMECENTRO. 2020 2021;12(3):291-5. <https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2020/ed203t.pdf>

- González Jaimes, N. L., Tejeda Alcántara, A. A., Espinosa Méndez, C. M., Ontiveros Hernández, Z. O. Psychological impact on Mexican university students due to confinement during the Covid-19 pandemic. In SciELO Preprints. 2020, <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>

- Vásquez Muñoz A., Morales Huaman, H. I., Silva Siesquén, J. A. Influencia de la salud mental en el rendimiento académico de universitarios por Covid 19. Rev. Hacedor.2021(2),119-129, ISSN: 2520 <https://doi.org/10.26495/rch.v5i2.1935>

- Pérez López, E., Vázquez Atochero, A., Cambero Rivero, S. Educación a distancia en tiempos de COVID-19: Análisis desde la perspectiva de los estudiantes universitarios. Rev Iberoamericana de Edu a Dis.2021, 24 (1). 330-342. <https://doi.org/10.5944/ried.24.1.27855>

- Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 2015 <https://www.afoicecomartelo.com.br/posfsa/autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf>

- Jiménez RA. Nociones relativas al concepto de fenómeno en Husserl y Heidegger. Rev Digital de Estudios Humanísticos de la Universidad FASTA. 2018; 8(2): 50-21

12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Gil AC, Yamauchi NI. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em enfermagem. *Rev Baiana Enferm*. 2014;26(3):566-73. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6613>
14. Guerrero Castañeda RF, Menezes TMO, Ojeda Vargas MG. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):e67458. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>
15. Bassi Follari JE. El código de transcripción de Gail Jefferson: Adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de psicologia*. 2015; 17 (1): 39-62 <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>
16. Guerrero-Castañeda RF, Oliva Menezes TM, Do Prado ML. La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. *Esc Anna Nery* 2019;23(4): e20190059 <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0059>
17. México. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud: los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. México: SSA; 2014. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
18. Villanueva Javes JA. Depresión de los estudiantes universitarios durante la pandemia COVID-19: Revisión de literatura científica 2020 - 2022. *Ciencia Latina*. 2023;6(6):13042-59. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4311
19. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *lancet psychiatry*. 2020; 7:813-24. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
20. Ramírez Pérez M., Cárdenas Jiménez M., Rodríguez-Jiménez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm. univ*. 2015; 12(3): 144-151. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>
21. Patiño TJ. Salud mental y subjetividad. Pensando en el mundo universitario pospandemia. Reimaginar el futuro pospandemia. 2020 Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. 68-82 <https://books.scielo.org/id/wrpfdf/pdf/orejuela-9786287501683-06.pdf>
22. Sánchez PL, Hernandez BR. Gonzalez MS. Depresión, ansiedad y estrés post COVID-19 en estudiantes del Área Académica de Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *Salud y educación*. 2023; 11(22) 166-171 <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/10641>
23. Espinosa Ferro, Y., Mesa Trujillo, D., Díaz Castro, Y., Caraballo García, L., y Mesa Landín, M. A. Estudio del impacto psicológico de la covid-19 en estudiantes de Ciencias Médicas, Los Palacios. *Revi Cub Sal Pub*. 2021; 46 (01), 2659. <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2659/es/>
24. Muñoz Torres, Teresita de Jesús, Sánchez López, Francisco, e Izar Ávalos, Valerie Sachiel. La experiencia de ser estudiante de enfermería en la nueva normalidad post covid-19. *Rev Dig Univ*. 2023; 24(5). <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2023.24.5.16>
25. Ramírez-Pérez M, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm Univ*. 2015; 12(3):144-51. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300144
26. Sánchez-Padilla ML, Hernández-Benítez R, González-Muñoz S. Depresión, ansiedad y estrés post COVID-19 en estudiantes del Área Académica de Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *ICSA*;11(22):166-71. <https://doi.org/10.29057/icsa.v11i22.10641>
27. Nascimento AAA, Ribeiro SEA, Marinho ACL, Azevedo VD, Moreira MEM, Azevedo IC. Repercussions of the COVID-19 pandemic on Nursing training: A Scoping Review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3912. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6414.3912>

Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes VIH

Depression as a risk factor for suicide attempt in patients HIV

Carolina Rodríguez-de Dios¹,  Herenia del Carmen Padrón-Sánchez², 
Rogelio Pérez-Moreno³,  Agustín Flores-Sánchez⁴ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5670

Artículo Original

• Fecha de recibido: 27 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 24 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Carolina Rodríguez de Dios. Dirección postal: Calle Leandro Adriano 201 Colonia Pueblo Nuevo.
C.P. 86500 Cárdenas, Tabasco, México.
Correo electrónico: dra.caro.rodriguez@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre la depresión en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana y el riesgo de intento suicida en un Hospital de Segundo Nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo, participaron 53 pacientes con diagnóstico de VIH del Hospital General de Zona N° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cárdenas, Tabasco, que acudieron a control en consulta externa de Medicina Interna. Se obtuvo la información mediante encuestas que determinan la presencia de depresión e intento suicida, se utilizaron tres cuestionarios: Inventario Depresión de Beck BDI-II, Escala de riesgo Suicida y APGAR (Adaptación, Participación, Gradiente de recursos, Afectividad y Recursos) Familiar, se analizó la información mediante Statistical Package for Social Sciences.

Resultados: 53 pacientes derechohabientes del IMSS, con diagnóstico de VIH, mayormente hombres con 88.7% (n=47), edad entre 27 y 35 años con una media de 31 años. La asociación del grado de depresión con riesgo de intento suicida: depresión mínima con riesgo bajo de intento suicida del 86.40% (n=19) y riesgo alto de intento suicida del 13.60%.

Conclusiones: Cuando se conjuntan los factores de depresión grave, se tiene una disfunción severa; pertenecer al género femenino y ser menor de 30 años, se tiene más del 90% de probabilidades de tener un riesgo alto de intento suicida.

Palabras clave: Depresión; Intento de suicidio; Suicidio; VIH.

Abstract

Objective: To determine the association between depression in patients with Human Immunodeficiency Virus and the risk of suicide attempt in a Second Level Hospital.

Material and method: Observational, analytical, prospective study, involving 53 patients with a diagnosis of HIV from the Mexican Social Security Institute General Hospital of Zone No. 2 in Cárdenas, Tabasco, who attended the Internal Medicine external consultation. The information was obtained through surveys that determine the presence of depression and suicide attempt, three questionnaires were used: Beck Depression Inventory BDI-II, Suicide Risk Scale and Family APGAR (Adaptation, Participation, Resource Gradient, Affectivity and Resource), the information was analyzed using Statistical Package for Social Sciences.

Results: 53 IMSS eligible patients, diagnosed with HIV, mostly men with 88.7% (n=47), aged between 27 and 35 years with a mean of 31 years. The association of the degree of depression with risk of suicide attempt: minimal depression with low risk of suicide attempt of 86.40% (n=19) and high risk of suicide attempt of 13.60%.

Conclusions: When the factors of severe depression are combined, there is severe dysfunction, belonging to the female sex, and being under 30 years of age, there is a greater than 90% probability of having a high risk of intense suicide.

Keywords: Depression; Suicide attempted; Suicide; HIV.

¹ Doctora en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Maestría en Ciencias de la Salud con Formación en Epidemiología. Médico Residente de Medicina Familiar 3° año. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica Familiar 45. Cárdenas, Tabasco, México.

² Médico Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica Familiar 45. Cárdenas, Tabasco México. Profesor Titular Especialidad de Medicina Familiar de la División Académica de Ciencias de la Salud Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Profesora-Investigadora de Posgrado de la División Académica de Ciencias de la Salud Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

³ Médico Internista. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona 2. Cárdenas, Tabasco, México. Médico adscrito al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Centro Tabasco. Tabasco, México.

⁴ Coordinador Auxiliar de Vigilancia Epidemiológica. Médico Epidemiólogo Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación IMSS Tabasco. Tabasco, México.

Introducción

El Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que, hasta el año 2022, 39 millones de pacientes vivían con Virus de Inmunodeficiencia Humana y al menos 630 millones de personas fallecieron a causas relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en el mismo año¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula a nivel mundial que al menos 280 millones de personas padecen de depresión y cada año se suicidan 700 000 personas. La depresión es un trastorno mental muy común, estimando que el 5% de los adultos la padecen. Siendo más prevalente en la mujer 6%, en comparación al hombre 4%^{2,3}.

Los pacientes que viven con VIH presentan un riesgo elevado para desarrollar padecimientos de salud mental, siendo más comúnmente la depresión. La prevalencia de VIH y trastornos mentales graves va desde 1.5% en Asia hasta un 19% en África⁴.

Conforme aumenta la accesibilidad al tratamiento del VIH, se ha acrecentado el número de personas que viven con este padecimiento de 50 años o más, pasando del 8% en el 2000 al 21% en el 2020^{5,6}.

Se calcula que el 13% de las personas adultas que padecen VIH presentan un riesgo para padecer depresión grave⁷. Se tiene conocimiento que el trastorno depresivo tiene una magnitud de importancia que, a nivel mundial va desde el 13% al 38%, los trastornos de ansiedad que están entre el 15% a 32% y conductas suicidas que tienen una prevalencia entre el 9% al 32%, dentro de los pacientes adultos que viven con la infección por el VIH⁸.

En México, tres de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias⁹.

La depresión grave, con mayor frecuencia en mujeres, se ha asociado al suicidio, resaltando el incremento de este último con una vida en soledad. Las conclusiones de los expertos han determinado que al menos el 90% de las personas que cometieron suicidio presentaron el antecedente de un problema de salud mental, la depresión¹⁰.

La vigilancia de la mortalidad se obtiene del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, en México, durante el año 2018, se presentaron al menos 705,149 casos de defunción, de las cuales al menos 6,710 de ellas se atribuyeron a lesiones autoinfligidas, lo que representó una tasa de suicidio de 5.4 casos por cada 100

mil habitantes, en comparación al año previo donde la tasa de mortalidad por suicidio fue de 5.2 casos por cada 100 mil habitantes¹¹.

En la actualidad, la prevalencia e incidencia de los trastornos psiquiátricos ha ido en aumento, siendo las variables psicosociales una de las más estudiadas en muchos de los países de ingresos, medianos y altos; contribuyendo de tal forma a un mejor entendimiento acerca de lo importante que han sido estos padecimientos como problemas de salud pública a nivel mundial^{12,13}.

El estigma que rodea a las personas afectadas por la depresión o en riesgo de intento suicida, reduce la posibilidad de hacer acciones de intervención de forma eficiente y efectiva. Es de relevancia tener claro la magnitud y trascendencia de este problema de salud pública, para no causar un retroceso al generar prejuicios que llevan a la discriminación, culminando en suicidios¹⁴.

El intento suicida, está catalogado como un acto humano muy complejo que culmina con la muerte, desencadenando complicaciones que se asocian con la pérdida de la conciencia del ser humano para poder asumir su muerte¹⁵.

La dimensión física en el paciente con VIH presenta cambios de ánimo, pensamientos y de conducta, aunado a la existencia de prejuicios, tabúes y mitos, que se correlacionan negativamente en la vida cotidiana del paciente¹⁶.

La familia tiene un papel fundamental, no solo en el proceso de la enfermedad sino en la rehabilitación. La escala de evaluación familiar (APGAR) nos ayuda a valorar las funciones básicas y el rol que fungen en la salud-enfermedad. Para las personas que viven con VIH es de suma importancia sentirse aceptados y apoyados dentro del contexto social que es su familia¹⁷.

A pesar de ser un problema de salud pública que tiene trascendencia, magnitud y vulnerabilidad, es importante comprender a las personas con VIH ya que afecta la forma en la que piensan, sienten y actúan. Por lo que este estudio busca determinar la asociación entre la depresión en pacientes con VIH y el riesgo de intento suicida para ayudar a las personas a tomar decisiones saludables y hacerle frente al estrés.

Material y métodos

Estudio observacional, analítico, prospectivo, de tipo probabilístico sistematizado con un universo de 190 pacientes con diagnóstico de VIH, atendidos en el Hospital General de Zona N° 2 del IMSS de Cárdenas, Tabasco. Se realizó el cálculo de la muestra con la fórmula de poblaciones finitas,

con un intervalo de confianza del 95% con un margen de error de 5%, donde resultaron 53 pacientes. Que acudieron a control en consulta externa de Medicina Interna, en el periodo comprendido de Septiembre a Noviembre del año 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, 1) ser pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con afiliación vigente, 2) adultos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH y 3) que aceptaron participar en el estudio, previa autorización mediante consentimiento informado, se explicó el objetivo general de la investigación y se garantizó la confidencialidad.

Se utilizaron los siguientes instrumentos aplicados por un investigador especializado en el tema y debidamente capacitado: Inventario Depresión de Beck BDI-II, instrumento validado (Beck, Steer y Brown, 1996) con 21 ítems tipo Likert el cual evalúa la amenaza de la sintomatología depresiva. En cada ítem hay cuatro distintas respuestas sistematizadas de menor a mayor gravedad. Cada ítem se valorará en 0 a 3 puntos dependiendo la respuesta elegida por el paciente y, al sumar cada punto, se obtiene una puntuación final de 0 a 63 puntos máximos, cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad. Se evaluó en función de la puntuación total de la siguiente manera: mínima: (0-13 puntos), leve: (14-19 puntos), moderada: (20-29 puntos) y grave: (29-63 puntos), Escala de riesgo Suicida de Plutchik (ERSP), en su versión española (Rubio, 1998) contiene 15 ítems con respuesta dicotómica (Si/No), cada respuesta afirmativa suma un punto, cada respuesta negativa 0 puntos, donde a mayor puntaje; mayor es el riesgo de ideación suicida, se evalúa de la siguiente manera; riesgo alto de intento suicida (>6 puntos), riesgo bajo de intento suicida (<5 puntos). APGAR Familiar, instrumento validado (Smilkstein, 1978) conformado por 5 ítems; que valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida común, crecimiento, afecto y resolución. Para cada pregunta se marcará con una "x" respondido de forma personal, con un puntaje de 0 a 4 puntos de acuerdo con la siguiente ponderación: (0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre, 4: siempre. El puntaje obtenido se interpreta de la siguiente manera; (normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9).

Se capturaron los datos en una hoja de cálculo de Excel de Microsoft Office 365 y se utilizó el software estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 21, para el análisis de los resultados. Se utilizaron estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y la estadística inferencial para la estimación del coeficiente de relación de Pearson y chi cuadrada para la relación de variables. Las variables dependientes fueron los factores sociodemográficos y la independiente el intento suicida.

Resultados

La Tabla 1 muestra los datos demográficos, grado de depresión y suicidio, de los 53 pacientes del estudio, se encontró que el género masculino fue más prevalente en el 88,7% en comparación al femenino. La media de edad fue de 31 años ($\pm 7,1$), con un rango de edad de 18 a 53 años. El mayor número de pacientes predominaba en el grupo de edad de 27 a 35 años (58.5%). Al realizar el análisis por nivel de educación se encontró que el 39.6% tenía una educación superior.

Tabla 1. Grado de Depresión, Intento suicida y Situación funcional familiar

Variables	No.	
Grado de depresión		
Mínima	22	41.5%
Leve	16	30.2%
Moderada	12	22.6%
Grave	3	5.7%
Situación funcional familiar		
Normal	23	43.4%
Disfunción leve	16	30.2%
Disfunción moderada	8	15.1%
Disfunción severa	6	11.3%
Intento suicida		
Riesgo Bajo	38	71.7%
Riesgo Alto	15	28.3

Fuente. BDI I – II, Escala intento suicida, APGAR familiar, datos sociodemográficos de 53 pacientes.

Los porcentajes que se observan en la tabla 2 indican el género más afectado por depresión moderada a grave, es el femenino hasta en un 83%, en comparación al masculino (21%), con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

La Tabla 3 se observa que la mayor prevalencia de riesgo bajo de intento suicida predomina en el género masculino en comparación al femenino que tiene un riesgo alto (83%), con significancia estadística ($p < 0.05$).

La Tabla 4 muestra que, al realizar la comparación del grado de funcionalidad familiar por género, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

En la Tabla 5 muestra el grado de depresión y riesgo de intento suicida en los pacientes con VIH, se observa que el grupo con riesgo alto de intento suicida se presenta en el 28% de los casos, llama la atención que la mayoría de los pacientes con VIH presentan un grado de depresión mínima y bajo riesgo de intento suicida (35.8%). La X^2 de Pearson nos presenta una significancia estadística al compararla intergrupala ($p < 0.05$).

Tabla 2. Relación del Grado de depresión de acuerdo a género

Género	Mínima	%	Leve	%	Moderada	%	Grave	%	Total	%	X ²	Razón de verosimilitud
Masculino	22	47	15	32	9	19	1	2	47	100	0.002	0.005
Femenino	0	0	1	17	3	50	2	33	6	100		
Total	22	41.5	16	30.2	12	22.6	3	5.7	53			

Fuente. BDI I – II de 53 pacientes.

Tabla 3. Relación del Riesgo de Intento Suicida de acuerdo a género

Género	Riesgo bajo		Riesgo alto		Total		X ²	Razón de verosimilitud
	No.	%	No.	%	No.	%		
Masculino	37	79	10	21	47	100	0.01	0.03
Femenino	1	17	5	83	6	100		
Total	38	71.7	15	28.3	53			

Fuente. APGAR familiar de 53 pacientes.

Tabla 4. Relación del grado de Situación de funcionalidad Familiar acorde a género

Género	Normal		Disfunción leve		Disfunción moderada		Disfunción severa		Total		X ²	Razón de verosimilitud
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Masculino	22	47	13	28	8	17	4	9	47	100	0.11	0.10
Femenino	1	17	3	50	0	0	2	33	6	100		
Total	23	43	16	30	8	15	6	11	53			

Fuente. APGAR familiar de 53 pacientes.

Tabla 5. Grado de depresión y Riesgo de Intento Suicida en pacientes con VIH

Grado de depresión	Riesgo de intento suicida						X ²	Razón de verosimilitud
	Bajo		Alto		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Mínima	19	35.85	3	5.66	22	41.51	0.004	0.004
Leve	13	24.53	3	5.66	16	30.19		
Moderada	6	11.32	6	11.32	12	22.64		
Grave	0	0.00	3	5.66	3	5.66		
Total	38	71.70	15	28.30	53	100.00		

Fuente. BDI I – II, Escala Pluchik, de 53 pacientes.

Tabla 6. Grado de depresión y Situación funcional familiar en pacientes con VIH

Grado de depresión	Normal		Disfunción Leve		Disfunción Moderada		Disfunción Severa		Total		X ²	Razón de verosimilitud
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Mínima	17	32.08	2	3.77	2	3.77	1	1.89	22	41.51	0.000	0.000
Leve	4	7.55	7	13.21	3	5.66	2	3.77	16	30.19		
Moderada	2	3.77	7	13.21	3	5.66	0	0.00	12	22.64		
Grave	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	5.66	3	5.66		
Total	23	43.4	16	30.2	8	15.1	6	11.3	53	100.00		

Fuente. BDI I – II, APGAR familiar, de 53 pacientes.



La tabla 6 muestra el análisis del grado de depresión y situación funcional familiar en pacientes con VIH, se observa que al menos el 11.3% de los pacientes presentan disfunción severa, el 15.1% disfunción familiar moderada y al menos el 30.2% un grado de disfunción leve. El grupo de pacientes con funcionalidad familiar normal y depresión mínima es el que mayormente prevalece en un 32% ($X^2 < 0.000$, $p < 0.05$).

Discusión

Una de las prioridades mundiales en salud pública es la atención y respuesta a la infección por VIH, condición que afecta la salud de millones de personas en el mundo. En nuestro estudio se encontró que el 58.5% de los pacientes con VIH presentó algún grado de depresión el cual se encuentra muy acorde a lo descrito por Cain y Cols.¹⁸ (47.8%), Deshmukh y Cols.¹⁹ (50%) y Reis y Cols.²⁰ (42.3%); pero se difiere de otros autores como Camara y Cols.²¹ (16.9%) y Dorsisa y Cols.²² con (15.8%).

En cuanto al promedio de edad con una media de 31 años, ($DE=7.1$) coincide con lo expuesto en el artículo de Osorio y Cols. donde refiere que el promedio de edad fue de 34 años ($DE = 8.9$)²³; de igual forma con lo expuesto por Caín y Cols.¹⁸ en China con una media de 31.4 años y difiere del artículo de Moreno y Cols.²⁴ el cual presentó una media de 46.6 años.

La depresión como factor de riesgo de intento suicida en nuestra población de estudio es ligeramente inferior a la reportada con otros autores, con una prevalencia de depresión mínima del 41.5% y de riesgo bajo de intento suicida del 71.7% siendo muy variable los resultados, en comparación con lo publicado por el autor Rodríguez Fortúnez, que habla sobre la ideación suicida y depresión en pacientes con VIH sobre prevalencia y factores de riesgo.

Velo-Higueras y Cols., la mayoría de los participantes encontraron que ambos grupos de comparación presentaron niveles educativos bajos (71.4%), en nuestro estudio se detectó que el 34 % de los participantes presentaban un grado de escolaridad superior (licenciatura completa). Así mismo, reclutaron a 36 mujeres (48%) en comparación a nuestro estudio donde prevalece el género masculino (88.7%), muy idéntico a lo estudiado por Rodríguez-Fortúnez, y cols.²⁵, donde su muestra fue prevalente en el género masculino de 84.8%.

Cardona-Duque, y Cols.²⁹ encontraron niveles ausentes o leves de ideación suicida en 95.7% de los pacientes evaluados con resultados equiparables a los encontrados en nuestra muestra con el 71.7% de riesgo bajo.

Daniel Guerrero-Muñoz, y cols.²⁶ Dentro del metaanálisis que realizó comenta que las mujeres con disfunción familiar tienen una mayor prevalencia de depresión durante una consulta de medicina familiar independientemente de la edad; donde encontró un riesgo de 4.5 veces mayor para mujeres entre 20 y 39 años de edad, con una mejor percepción de la familia funcional (IC 95 %, 2,2-9,4), mientras que para las mujeres en el grupo de edad entre 40 y 59 años, el riesgo fue 1,4 veces mayor (IC 95%, 0,7-2,9). Sin embargo, hace mención que la disfunción familiar es un factor de riesgo asociado mayormente entre individuos más jóvenes.

Según el grado de funcionalidad familiar que tiene un individuo, su calidad de vida relacionada con la salud puede ser mejor o peor, por lo cual es de importancia conocer el grado de funcionalidad familiar para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, en el estudio de Remor E.²⁷, encontró que el grado de funcionalidad familiar fue capaz de predecir el 13% de la varianza en la Calidad de vida relacionada con la salud, lo que indico que los pacientes con VIH con un grado de funcionalidad familiar tienen una mejor calidad de vida. Dentro de nuestro estudio encontramos como dato representativo que la depresión mínima entre la funcionalidad familiar normal era la asociación mayormente representativa, muy consistente con reportes presentados en otros estudios, similar a lo reportado por Shittu-Rasake, y cols.²⁸

Este estudio permite comprender el papel fundamental de las variables psicológicas en la infección por VIH. Esto es importante debido a que puede presentar mayor progresión de la enfermedad y disminuir la calidad de vida y bienestar psicológico de estos pacientes.

En el estudio presente tenemos limitaciones muy relacionadas con el tamaño muestral de casos, siendo uno de los principales sesgos. La población que se tomo tiene la particularidad de ser derechohabiente a un solo hospital, lo que pude generar la falta de representación poblacional, un reto primordial para el encuestador fue convencer a los participantes muchos de los cuales no aceptaban realizar el cuestionario. Dentro de este estudio no se realizaron las correlaciones de factores clínicos y sociodemográficos, siendo uno de los puntos a realizar en futuras investigaciones.

Es de importancia para el desarrollo de nuevos programas preventivos, enfocarse en este grupo vulnerable derivado de que muchas de las veces este tipo de pacientes se encuentran con poco apoyo familiar, de igual forma a nivel de las instituciones existe la falta de empatía y búsqueda intencionada de síntomas de depresión o ideación suicida. Lo anterior ayudara a derivar oportunamente a los pacientes a áreas de apoyo especializadas como psicología y psiquiatría.

Conclusiones

La depresión es uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH. Se observa más frecuente en pacientes con disfuncionalidad familiar y poco apoyo social. Podemos concluir que cuando se conjuntan los factores de depresión grave y disfunción familiar severa tienen mayor riesgo de tener ideaciones suicidas o intento suicida. A pesar de que la depresión se ha vuelto un padecimiento más común, también ha sido uno de los padecimientos que el médico ha subdiagnosticado, siendo uno de los principales motivos encontrados en donde el paciente que lo padece no acepta o no hace alusivos sus síntomas de forma clínica. Es vitalmente de relevancia que el profesional de la salud, que otorga la consulta a los pacientes con VIH, incorpore de forma proactiva al quehacer diario la búsqueda intencionada de síntomas depresivos en estos últimos. La Organización Mundial de la Salud, ya tiene disponible diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas efectivas y así mismo existen múltiples abordajes farmacológicos, lo que es totalmente reprochable descuidar o dejar pasar los síntomas de depresión en pacientes con VIH.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Salud 2701 del Hospital General de Zona N° 2, con número de registro R-2022-2701-026. Investigación apegada a las normas contempladas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación por la Salud y en la Declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 2000, con versión actual del 2004. También se ajusta al artículo 100 del reglamento de la Ley General de Salud correspondiente al Título Quinto en Materia de Investigación para la Salud, el presente protocolo de investigación en seres humanos se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica en la cual no se expone a riesgos innecesarios al sujeto investigado, ya que solo se realizará la revisión del expediente clínico, del mismo modo, los pacientes participaron de manera voluntaria, previa información y aceptación del consentimiento informado, donde se indicó la finalidad del estudio, la confidencialidad y protección de los datos obtenidos. De acuerdo con el Artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud, no se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Y de acuerdo con lo anterior se clasificó en la categoría tipo II, investigación con riesgo mínimo.

Contribución de los autores

Conceptualización, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Curación de datos, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Análisis formal, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Adquisición de financiación, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Investigación, C.R.D; R.P.M; A.F.S; Metodología, C.R.D; H.C.P.S; Administración de proyectos, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Recursos, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Software, C.R.D; A.F.S; Supervisión, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Validación, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Visualización, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Redacción: borrador original, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S; Redacción: revisión y edición, C.R.D; H.C.P.S; R.P.M; A.F.S.

Referencia

1. UNAIDS. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. ONUSIDA. 13 de Julio 2023. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2023/UNAIDS_FactSheet
2. Depresión. Organización Mundial de la Salud. 31 de marzo del 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Suicidio. Organización Mundial de la Salud. 17 de junio del 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. ONUSIDA. Reportaje: por una mejora urgente de la integración de los servicios para salud mental y VIH. 10 de octubre de 2018. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/october/mental-health-and-hiv-services>
5. AIDSinfo 2020. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2020. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>
6. Beck EJ, Stelzle D, Mallouris C, Mahy M, Ghys P. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: estimates and projections for 2000–2020. PLOS ONE. 2018; 13(11). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329299510_Global_and_regional_trends_of_people_living_with_HIV_aged_50_and_over_Estimates_and_projections_for_2000-2020
7. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and ageing: improving quantity and quality of life. Curr Opin HIV AIDS. 2016; 11(5):527–536. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27367780/>

8. Sudjaritruk T, Aurrpibul L, Natalie Songtaweasin W, Narkpongphun A, Thisayakorn P et al. Integración de los servicios de salud mental en los centros de atención sanitaria para el VIH entre adolescentes y adultos jóvenes tailandeses que viven con VIH. *Journal of the International AIDS Society*. 2021; 24(2):1-10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jia2.25668>
9. Cerecero García D, Macías González F, Arámburo Muro T, Bautista Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Sal Pub*. 2020; 62(6) 840-850. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11558/11984>
10. Navío Acosta M, Pérez Sola V. Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Wecare-u. Janssen. Madrid; 2020. Disponible en: <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Depresion-suicidio-2020.pdf>
11. INEGI. Estadísticas de mortalidad. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 422/20. 2020; Base de datos, varios años. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.docx
12. Velo Higuera C, Bejarano García MM, Domínguez Rodríguez S, Ruiz Sáez B, Cuellar flores I, García Navarro C, Guillen Martín S, Ramos Amador JT, Navarro Gómez ML, González Tomé MI. Prevalencia y factores de riesgo de síntomas psicológicos en una muestra española de jóvenes con VIH en comparación con pares no infectados. *Asoc Esp de Ped*. Elsevier. 2020; 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304896>
13. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
14. Gómez Gallardo P. Salud mental, depresión y suicidio en personas adolescentes y jóvenes. Defensor. Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 9; 2017. Disponible en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_09_2017.pdf
15. González Ávalos RI, Martínez Cárdenas A. Riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con diagnóstico de VIH-SIDA en el Hospital Esperanza. Luanda. Angola. *Mul Med* 2016; 20(1):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul161n.pdf>
16. Canales Zavala MA, et al. Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo en la salud. *Educación y Salud Boletín Científico* 2019; 8(15):80-91. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4829/6879>
17. Caldera Guzmán D, Pacheco Zavala MP. Funcionalidad Familiar del paciente con VIH-SIDA en una unidad de medicina familiar de León, Guanajuato. *Medigraphic*. 2020; 15(2):48-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr202b.pdf>
18. Cai S, Liu L, Wu X, Pan Y, Yu T, et al. Depression, Anxiety, Psychological Symptoms and Health-Related Quality of Life in People Living with HIV. *Patient Preference and Adherence* 2020; 14:1533-1540. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2147/PPA.S263007>
19. Navanit Deshmukh N, Borkar A, Deshmukh S. J. Depression and its associated factors among people living with HIV/AIDS: Can it affect their quality of life? *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017; 6(3):549-553. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5787953/>
20. Reis RK, Santos Melo E, Castrighini de Castro C, Terezinha Gimeniz Galvão M, Toffano Malaguti SE, et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. *Salud Mental*. 2017; 40(2):57-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2017/sam172c.pdf>
21. Camara A, Sow MS, Touré A, Sako FB, Camara I, et al. Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. *Epidemiology and Infection*. 2019; 148(8):1-6. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/anxiety-and-depression-among-hiv-patients-of-the-infectious-disease-department-of-conakry-university-hospital-in-2018/F6E3D172FB66E3846306706E1235929F>
22. Dorsisa B, Ahimed G, Anand S, Bekela T. Prevalence and Factors Associated with Depression among HIV/AIDS-Infected Patients Attending ART Clinic at Jimma University Medical Center, Jimma, Southwest Ethiopia. *Psychiatry Journal*. 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428827/>

23. Osorio Aquino MC, Rivas Acuña V, Mateo Crisóstomo Y, Gerónimo Carrillo R. Influencia de la ansiedad, depresión y adaptación psicosocial en personas con VIH en el CAPASIT del Estado de Tabasco. *Salud en Tab.* 2019; 25(2y3):55-61. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/55_2.pdf

24. Moreno Díaz J, Martínez González A, Crespo Redondo D, Arazo Garcés P. Factores asociados a ansiedad y depresión en pacientes VIH. *Rev MULT DEL SIDA.* 2017; 5(12):34-42. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/factores-asociados-a-ansiedad-y-depresion-en-pacientes-vih/>

25. Rodríguez Fortúnez P, China Cabello EN, Alemán Valls M.R, Comellas Serra M, Cejas Méndez RM. Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. *REV MULTID DEL SIDA* 2019; 7(16):16. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD54995.pdf>

26. Guerrero Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda Cañar CA, García Perdomo HA. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Fam Med* 2021; 42:172-180. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8010447/pdf/kjfm-19-0166.pdf>







27. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria* 2002. julio-agosto. 30(3):143-148. Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789932?via%3Dihub>

28. Shittu Rasaki O, Issa Baba A, Olanrewaju Abdulganiyu T, Mahmoud Abdulraheem O, Odeigah Louis O, et al. Family dysfunction and depressive symptoms among people living with HIV/AIDS, IN Nigeria, West Africa. *International Journal of Health and Rehabilitation Sciences*, 2014; 3(1):7-18. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277641176_Family_Dysfunction_and_Depressive_Symptoms_among_People_Living_with_HIVAIDS_in_Nigeria_West_Africa

29. Cardona Duque, DV., Medina Pérez, ÓA., Herrera Castaño, SM., Orozco Gómez, PA. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2016. *Rev Hab de Cien Med*, 15(6):941-954. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71299>

Pandemia COVID-19: consecuencias de la sobreexposición al uso de tecnologías de la Información y comunicación

COVID-19 pandemic: consequences of overexposure to the use of information and communication technologies

Rebeca Guadalupe Gómez-Ramos¹,  Vianey Guadalupe Argüelles-Nava²,  Javier López-Zetina³, 
Christian Soledad Ortiz-Chacha⁴,  Patricia Pavón León⁵,  María Cristina Ortiz-León⁶ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5685

Artículo Original

• Fecha de recibido: 15 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 29 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

María Cristina Ortiz León. Dirección postal: Av. Doctor Luis Castelazo Ayala S/N,
Industrial Animas, C.P. 91190, Xalapa Enríquez, Veracruz, México.
Correo electrónico: cortiz@uv.mx

Resumen

Objetivo: Establecer la asociación entre la sobreexposición al uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) con la percepción sobre estilos de vida saludable y la salud mental, antes y durante la pandemia.

Materiales y métodos: Estudio con abordaje cuantitativo, de tipo cohorte retrospectivo, realizado en estudiantes de tres preparatorias ubicadas en el golfo de México que aceptaron participar, mediante la aplicación de un cuestionario en línea Google Forms. Para analizar los resultados se utilizó estadística descriptiva como medidas de tendencia central y de dispersión, además se usaron técnicas estadísticas con muestras relacionadas para precisar cambios presentados antes y durante la pandemia; se calculó la razón de momios y sus intervalos de confianza al 95% para identificar la asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC, con estilos de vida saludable y salud mental relacionados.

Resultados: Participaron 432 estudiantes, la mayoría del sexo femenino (66.7%), del segundo semestre (62.7%), de entre 15 años (39.4%) y 16 años (35.6%). Con respecto al uso de las TIC, se encuentra que a la pandemia más del 50% de las respuestas obtenidas reflejaban un uso normal, sin embargo, durante el uso de los diversos dispositivos incrementó, con relación a la asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC y la salud mental; para el caso de la depresión se encontró que antes de la pandemia los estudiantes tenían casi 2.9 veces posibilidades de presentar depresión si habían tenido sobreexposición al uso de las TIC, estas posibilidades se incrementaron casi 7.2 veces durante la pandemia.

Conclusiones: En el contexto de la pandemia de COVID-19, la sobreexposición al uso de las TIC ha ocasionado cambios importantes en la salud mental de los adolescentes, sumados a los cambios propios de la etapa de desarrollo en que se encuentran.

Palabras Claves: Tecnologías de la Información y Comunicación; Estilo de vida; Salud mental; Estudiantes; COVID-19.

Abstract

Objective: We aimed to analyze the association between overexposure to the use of ICT with the perception on healthy lifestyles and mental health before and during the pandemic.

Materials and methods: We conducted a quantitative and retrospective cohort study on students from 3 high schools, located in the Gulf of Mexico, who were surveyed using an online questionnaire. Descriptive statistics, such as measures of central tendency and dispersion, were used to analyze the results. Also, statistical techniques were used for related samples to specify changes occurred before and during the pandemic. The Odds Ratio and its 95% confidence intervals were calculated to identify the association between overexposure to the use of ICT with healthy lifestyles and mental health.

Results: 432 students were included in our study. Most of them were female (66.7%), (62.7%) were studying the second semester, aged 15 (39.4%) to 16 (35.6%) years. Regarding the use of ICT, we found that before the pandemic more than 50% of the responses pointed out a normal use, but during the pandemic the use of various devices increased. Concerning the association between overexposure to the use of ICT and mental health, in this case depression, we found that before the pandemic students had almost 2.9 times the chance of developing depression if they had been overexposure to the use of ICT. These possibilities increased almost 7.2 times during the pandemic.

Conclusions: Further research is mandatory to explore the mental health of adolescents, since during the COVID-19 pandemic important changes occurred, including those changes inherent to the stage they are undergoing.

Keywords: Information and Communication Technologies; Lifestyle; Mental Health; Students; COVID-19.

¹ Maestra en Salud Pública; Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

² Maestra en Salud Pública; Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

³ Doctor en Salud Pública; Department of Health Science, California State University, Long Beach, California, United States.

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud; Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

⁵ Doctora en Ciencias de la Salud; Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

⁶ Doctora en Ciencias de la Salud; Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.



Introducción

El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha experimentado un aumento significativo en las últimas décadas, especialmente entre los niños y los adolescentes, quienes las utilizan para estudiar, jugar en línea, comprar, ver películas, usar las redes sociales y comunicarse con otras personas¹. Anonymized, self-reported survey was conducted among Chinese children and adolescents aged 6 to 18 years old. Participants completed questionnaires containing Young's Internet Addiction Test (IAT). Se ha demostrado que en especial los adolescentes pueden pasar más de dos horas diarias usando estas tecnologías².

La pandemia de COVID-19 y las medidas de confinamiento implementadas en muchos lugares modificaron los patrones de comportamiento, ya que la forma en la que se socializaba o se desarrollaban las actividades diarias se hacían a través de las TIC³, e incluso las clases en línea fueron obligatorias, lo que originó que se pasaran más tiempo frente a las pantallas no sólo para recibir estas clases, sino también para hacer las tareas¹; en este sentido vale la pena recalcar que las escuelas y el ambiente que se da en ellas no solo crean influencia académica en la trayectoria de los estudiantes, sino que también ayudan en el desarrollo social, emocional y en el bienestar de estos, ya que varios aspectos del ambiente escolar se asocian a una salud mental positiva, su bienestar y al desarrollo de estilos de vida saludables como el practicar algún deporte con los compañeros de clase⁴.

Al igual que en otros grupos poblacionales adolescentes, los estudiantes de bachillerato también tuvieron que adaptarse al confinamiento y al uso de las TIC como medio para proseguir con sus clases y comunicación con sus pares. Sólo se encontró un estudio sobre el uso problemático de las TIC en adolescentes⁵ y su relación con la salud. A pesar de que existen estudios que abordan la salud mental en estudiantes mexicanos durante la pandemia, se han enfocado únicamente en universitarios y no han abordado la comparación entre la situación previa a la pandemia y durante la misma^{6,7,8,9}.

En México en general, y en particular, en los estados de la república mexicana como el de Veracruz, este grupo poblacional enfrentó las mismas condiciones y dificultades que en el resto del mundo, aunque en este contexto, este fenómeno ha sido poco estudiado.

Hay autores que consideran que existe una línea delgada entre el uso normal y la sobreexposición al uso de las TIC, que puede estar relacionado con la forma de vida que se lleva¹⁰, sobre todo para los adolescentes de entre 12 y 17 años y adultos de 18-29 años, ya que son los grupos que utilizan con mayor frecuencia estos dispositivos¹¹.

Si bien la tecnología fue creada para ayudar a las personas, una sobreexposición a la misma podría dañar a los adolescentes; cuando un adolescente muestra interés en la tecnología se debe motivar su aprendizaje pero sobre todo su correcto uso, ya que la sobreexposición tiende a limitar el desarrollo de los jóvenes, inhibiendo sus habilidades sociales, su desarrollo intelectual¹², además también existe evidencia que en estudiantes adolescentes; a mayor grado de sobreexposición al uso de las TIC, hay un mayor riesgo de daño a su salud¹³. Algunos de los problemas que se presentan son bajo rendimiento escolar, conflicto para cumplir las responsabilidades asignadas en su entorno familiar, perturbación en sus relaciones sociales, estrés, ansiedad e incluso sentimientos de soledad; así mismo, se incrementa el sedentarismo lo que contribuye a aumentar el sobrepeso y la obesidad^{14,15}.

Por lo anteriormente expuesto en este estudio se establece la asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC con la percepción sobre estilos de vida saludable y la salud mental antes y durante la pandemia de COVID-19 en estudiantes de tres bachilleratos del estado de Veracruz, México.

Materiales y métodos

Estudio con abordaje cuantitativo, el diseño fue transversal analítico. Se realizó una invitación a través de la Dirección General de Planteles de Educación Media del estado de Veracruz conformada por 259 preparatorias pertenecientes a la región centro¹⁶, solo tres planteles accedieron a participar, por lo que el universo de estudio estuvo constituido por 1,615 estudiantes ubicados en Xalapa, Puerto de Veracruz y Perote.

Para estimar el tamaño de muestra se utilizó el estudio de Li y colaboradores del 2021, quienes obtuvieron el porcentaje de alumnos que presentaron sobreexposición al uso de TIC en 2.4%¹⁷, para realizar este cálculo se utilizó el programa EPIDAT versión 4.2, para lo cual se establecieron los siguientes valores:

- Valor de la proporción = 0.24
- Probabilidad de cometer un error de tipo I (nivel de significancia) de 0.05
- Probabilidad de cometer error de tipo II (potencia) de 0.01

Con estos valores el tamaño de muestra resultante fue de 579 estudiantes repartidos en los tres planteles educativos, se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas; este tipo de muestreo consiste en formar grupos de individuos que posean ciertas características en común¹⁸, en este caso se optó por el grado escolar y el plantel educativo.

Los criterios de inclusión fueron ser estudiante adscrito a alguno de los tres planteles educativos, que aceptaran participar en el estudio de manera voluntaria a través de un asentimiento informado firmado por sus padres. Se eliminaron los cuestionarios incompletos.

Se consideraron las características sociodemográficas de los participantes como: nombre del plantel, ubicación, número de matrícula, semestre que cursa, grupo, turno, sexo y edad.

Se indagaron varios aspectos sobre Tecnologías de la información como: uso de diversas TIC, dispositivo de conexión a internet, tipo de uso, tipo de conexión a internet, frecuencia de uso por dispositivo, uso de redes sociales y sobreexposición al uso de las TIC. Esta última variable se obtuvo aplicando el instrumento MULTICAGE-TIC, que explora problemas con el uso de internet, teléfono móvil, videojuegos, mensajería instantánea y redes sociales. Es un cuestionario de 20 ítems, compuesto de cinco escalas que interrogan sobre problemas relacionados con los dispositivos ya mencionados. En cada escala se incluyen cuatro preguntas que se deben evaluar de forma dicotómica (SI/NO), relacionadas con conductas problemáticas: estimación del exceso de uso, estimación de otros significativos, dificultad para no realizar dicha conducta y la dificultad para interrumpir voluntariamente la conducta¹⁹. Después de la administración del cuestionario, se obtuvieron los puntajes en función al tipo de uso que realiza el individuo de las TIC para finalmente obtener los siguientes resultados: el sujeto no hace un uso problemático, el sujeto hace uso problemático y el sujeto abusa o depende²⁰. Este cuestionario no está validado en población mexicana, por lo que las respuestas de los participantes se utilizaron para calcular el Alpha de Cronbach, la cual dio como resultado 0.867.

En cuanto a estilos de vida saludables se utilizó la Encuesta de Hábitos Saludables en Adolescentes (ENHASA) que consta de 26 ítems con un formato de respuesta Likert de 10 puntos que varían entre nunca, a veces y siempre, distribuidos en cuatro dimensiones: alimentación que consta de siete ítems, actividad física con cinco ítems, nuevas tecnologías y entorno con siete ítems cada uno^{21,22}. Este cuestionario ha sido validado en población adolescente²⁰. Se suman los puntajes de cada ítem y se categoriza de la siguiente forma: 0-49 hábitos muy poco saludables, 50-99 hábitos poco saludables, 100-149 hábitos aceptables, 150-200 hábitos saludables, >200 hábitos muy saludables.

Para medir salud mental se utilizó la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) en su versión reducida (DASS-21); esta es una escala de auto reporte que tiene tres subescalas, con siete ítems cada una, que valoran la intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Las

respuestas del instrumento se miden por cuatro opciones: 0-no me ha ocurrido, 1- me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo, 2-me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo y 3 me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo²³. Este cuestionario también fue validado en población mexicana²² y adolescente²⁴. Los puntajes totales se categorizan de la siguiente forma:

Ansiedad: 0 a 3 normal, 4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés: 0 a 7 normal, 8-9 estrés leve 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más, estrés extremadamente severo.

Depresión: 0 a 4 normal, 5-6 depresión leve 7-10 depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa.

Las variables descritas con anterioridad se integraron en un cuestionario que se diseñó por medio de Google *Forms*.

A través de las redes sociales disponibles de cada escuela y con la autorización de las autoridades de las tres instituciones, se llevó a cabo una campaña de difusión para dar a conocer el proyecto, en el que se le invitaba de manera voluntaria a contestar un cuestionario en línea. Al ser objeto de estudio menores de edad, se dio a conocer a los padres el protocolo y metodología de trabajo mediante un comunicado y un correo de contacto para recibir más información, fungiendo las escuelas como intermediarias, quienes, durante la entrega de boletas, proporcionaron el consentimiento informado y recabaron la firma de los padres que autorizaron a sus hijos a participar. El cuestionario se aplicó en línea a los estudiantes de segundo, cuarto y sexto semestre, del ciclo escolar febrero-julio 2023-2023, durante el periodo comprendido del 13 de marzo al 17 de abril del 2023.

Procesamiento y análisis de la información.

Para calcular la asociación entre sobreexposición al uso de las TIC con la percepción de estilos de vida y salud mental se dicotomizaron las variables sobreexposición al uso de TIC, estilos de vida y salud mental de acuerdo con lo siguiente:

Sobreexposición al uso de TIC: para cada uno de los puntajes del MULTICAGE de las TIC involucradas (Internet, Celular, Videojuegos, Mensajería y Redes sociales) se fijó un 0 a los que presentaron un Uso normal y un 1 al resto de las categorías (Consumo de riesgo, Consumo problemático y Dependencia); posteriormente se sumaron estas nuevas variables y si el resultado de la sumatoria era de 1 o más se recodificaba como 1 considerando esto como sobreexposición y el 0 como no sobreexposición.

Estilos de vida: Se asignó un valor de 0 a quienes estaban en las categorías Saludables o muy saludables, y 1 a los que se encontraban en Aceptables, poco saludables y muy poco saludables.

Para las variables de Salud Mental: Se asignó el valor de 0 a quienes estaban en la categoría normal y un 1 a los que estaban en las otras categorías (ansiedad, estrés o depresión leve, ansiedad, estrés o depresión moderado, ansiedad, estrés o depresión severo y ansiedad, estrés y depresión extremadamente severos). Una vez realizado esto, se procedió a la evaluación de la asociación antes mencionada.

Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron estadísticas descriptivas como frecuencias, porcentajes, para las variables numéricas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión.

Para conocer los cambios presentados antes y durante la pandemia en las diferentes variables se utilizaron técnicas estadísticas para muestras relacionadas, como no se cumplió el supuesto de normalidad se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, utilizando el programa estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics 21.0; SPSS Inc.).

Para conocer la asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC con estilos de vida saludable y la salud mental antes y durante la pandemia, se dicotomizaron todas las variables y se calculó la Razón de Momios (RM), sus intervalos de confianza al 95%, mediante el uso del programa en línea OpenEpi Versión 3.01.

Resultados

Los 579 estudiantes contestaron el cuestionario en línea, sin embargo, 147 participantes no contaban con asentimiento o consentimiento informado, por lo que se excluyeron de la muestra, contabilizando un total de 432 alumnos reclutados de los tres planteles educativos; con una tasa de no respuesta de 25.4%, por lo que solo se logró alcanzar el 74.6% del tamaño de muestra calculado. En la tabla 1 se observa que la muestra de participantes en este estudio se conformó en su mayoría por alumnos del segundo semestre (62.7%), de sexo femenino (66.7%), entre 15 (39.4%) y 16 años (35.6%). Con un promedio de edad de 16 años (± 0.896).

El teléfono celular (65%) fue el dispositivo más disponible antes y durante la pandemia, mientras que la radio (43%), la televisión abierta (44.4%) y computadora de escritorio ($n=24.9\%$) fueron los dispositivos menos disponibles por quienes respondieron la encuesta. Los dispositivos más empleados para conectarse a internet fueron la laptop ($n=58\%$) durante la pandemia y el celular antes y durante ($n=52.6\%$). Por su parte llama la atención que solo una persona refirió

Tabla 1. Características sociodemográficas de estudiantes de los bachilleratos participantes. Marzo-abril 2023

Característica	N=432 n (%)
Semestre	
Segundo semestre	271 (62.7)
Cuarto semestre	81 (18.8)
Sexto Semestre	80 (18.5)
Sexo	
Femenino	288 (66.7)
Masculino	144 (33.3)
Edad	
15	170 (39.4)
16	154 (35.6)
17	84 (19.4)
18	24 (5.6)

Fuente: Elaboración propia.

no contar con celular antes y durante la pandemia lo que equivale al 0.2%. El 61.2% de los participantes dispuso de una conexión fija para conectarse a internet antes y durante la pandemia (Tabla 2).

De acuerdo con los datos de la encuesta, Twitter (45.6%), Instagram (44%) y TikTok (45.1%) fueron las redes a las que más adolescentes se unieron durante la pandemia, tanto WhatsApp como YouTube son redes establecidas de comunicación y consumo de contenido, que mantuvieron un alto uso antes y durante la pandemia con 64.7% y 60% respectivamente; LinkedIn a pesar de ser una red social con un uso profesional cuenta con algunos usuarios dentro de este rango de edad, aunque, en un porcentaje muy bajo en comparación con otras redes, teniendo un uso antes de la pandemia de un 2.6% y durante la pandemia con 1.8%; Snapchat presentó un bajo uso antes y durante la pandemia (8.4%) en comparación a sus similares como Instagram (35%) y TikTok (24%) (Tabla 2).

La tabla 3 muestra las medianas de los puntajes obtenidos a través del MULTICAGE-TIC. Antes de la pandemia, los puntajes obtenidos de las TIC evaluadas se ubicaban en la categoría de un uso normal, sin embargo, durante la pandemia las puntuaciones obtenidas en el MULTICAGE-TIC sobre el uso de mensajería, redes sociales y celular se posicionaron en un consumo de riesgo, mientras que el uso de internet pasó a un uso problemático, y estos cambios en todos los dispositivos fueron estadísticamente significativos.

Interpretación de la escala: 0-1 Uso normal; 2 consumo de riesgo; 3 Consumo problemático; 4 dependencia.

Tabla 2. Disponibilidad de dispositivos tecnológicos, conexión a Internet y uso de redes sociales de los participantes antes y durante la pandemia.

Dispositivo/conexión	Antes de la pandemia	Durante la pandemia	Antes y durante la pandemia	No contaba/ No se uso
Disponibilidad de dispositivos				
Radio	114 (26.4)	51 (11.8)	81 (18.8)	186 (43)
TV abierta	116 (26.9)	46 (10.6)	78 (18.1)	192 (44.4)
Pantalla plana	91 (21.1)	95 (22)	232 (53.7)	14 (3.2)
Teléfono celular	90 (20.8)	60 (13.9)	281 (65)	1 (0.3)
Consola de videojuegos	62 (14.4)	76 (17.6)	120 (27.8)	174 (40.2)
Computadora de escritorio	73 (16.9)	85 (19.7)	102 (23.6)	172 (39.8)
Laptop	66 (15.3)	158 (36.6)	160 (37)	48 (11.1)
Dispositivos de uso más frecuente para conectarse a Internet				
Consola de videojuegos	65 (15)	94 (21.8)	68 (15.7)	205 (47.5)
Computadora de escritorio	59 (13.7)	122 (28.2)	50 (11.6)	201 (46.5)
Laptop	43 (10)	238 (55.1)	93 (21.5)	58 (13.4)
Teléfono celular	77 (17.8)	124 (28.7)	224 (51.9)	7 (1.6)
Tableta	69 (16)	73 (16.9)	46 (10.6)	244 (56.5)
Disposición de conexión a internet en el hogar				
Conexión fija	115 (26.6)	41 (9.5)	251 (58.1)	25 (5.8)
Conexión móvil	69 (16)	93 (21.5)	108 (25)	162 (37.5)
Ningún tipo de conexión	50 (11.6)	13 (3)	4 (0.9)	365 (84.5)
Uso de redes sociales				
Facebook	82 (19)	99 (22.9)	130 (30.1)	121 (28)
Twitter	24 (5.6)	185 (42.8)	47 (10.9)	176 (40.7)
Instagram	46 (10.6)	182 (42.1)	145 (33.6)	59 (13.7)
YouTube	89 (20.6)	54 (12.5)	252 (58.3)	37 (8.6)
TikTok	32 (7.4)	190 (44)	101 (23.4)	109 (25.2)
Snapchat	99 (22.9)	36 (8.4)	33 (7.6)	264 (61.1)
WhatsApp	76 (17.6)	70 (16.2)	279 (64.6)	7 (1.6)
LinkedIn	10 (2.3)	7 (1.6)	1 (0.3)	414 (95.8)

Nota: Los datos se expresan como n (%).
Fuente: Elaboración propia.

La tabla 4 muestra que no hubo cambios significativos al comparar las medianas de la variable “estilos de vida” antes y durante la pandemia, pues ambos valores se ubicaron dentro de la categoría de hábitos saludables.

En cuanto a la ansiedad, estrés y depresión, se observa que antes de la pandemia los participantes presentaban una mediana dentro de valores normales; durante la pandemia la mediana se elevó, presentando una ansiedad elevada, estrés leve y depresión moderada; estos cambios fueron estadísticamente significativos.

Tabla 3. Medianas de los puntajes obtenidos por los participantes a través del (MULTICAGE TIC).

Tipo de TIC	Antes de la pandemia	Durante la pandemia	P
Internet	1 (2-0)	3 (4-1)	<0.001
Celular	1 (2-0)	2.5 (3-1)	<0.001
Videojuegos	1 (3-0)	1 (3-0)	<0.001
Mensajería	0 (2-0)	2 (3-0)	<0.001
Redes sociales	0 (2-0)	2 (3-0)	<0.001

Nota: Los datos no se distribuye normalmente, por lo que están representados como Mediana (Tercer cuartil – Primer cuartil). Se aplicó la prueba de Wilcoxon. En negrita están los datos estadísticamente significativos.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Medianas de los puntajes obtenidos en la percepción de estilos de vida y salud mental de los participantes antes y durante la pandemia.

Variable	Antes de la pandemia	Durante la pandemia	p
Estilos de vida	160 (176-142)	159 (174-141)	0.272
Ansiedad	3 (7-1)	7 (12-2)	< 0.001
Estrés	5 (10-2)	9 (14.75-4)	< 0.001
Depresión	3 (9-1)	9 (14.75-2)	< 0.001

Nota: Los datos no se distribuye normalmente, por lo que están representados como Mediana (Tercer cuartil – Primer cuartil). Se aplicó la prueba de Wilcoxon. en negrita están los datos estadísticamente significativos.

Interpretación de las escalas:

Estilos de vida: 0-49 hábitos muy poco saludables, 50-99 hábitos poco saludables, 100-149 hábitos aceptables, 150-200 hábitos saludables, >200 hábitos muy saludables

Ansiedad: 0 a 3 normal, 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés: 0 a 7 normal, 8-9 estrés leve 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más, estrés extremadamente severo.

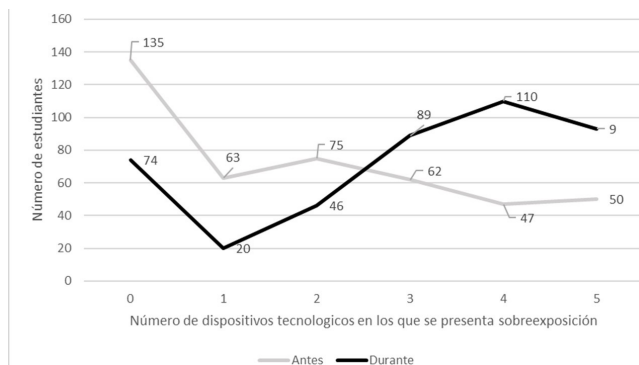
Depresión: 0 a 4 normal, 5-6 depresión leve 7-10 depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 1 muestra el número de estudiantes según número de dispositivos tecnológicos en los que presentan sobreexposición a su uso. En ella se aprecia que antes de la pandemia los estudiantes en su mayoría presentaban sobreexposición a un solo dispositivo, durante la pandemia hubo un incremento estadísticamente significativo en el número de estudiantes con sobreexposición a cuatro o cinco dispositivos de este tipo.

Para analizar la asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC con las variables estilos de vida y salud mental se calculó razón de momios de estas variables. Se observó que, antes de la pandemia, los estudiantes que presentaron sobreexposición al uso de las TIC tenían posibilidades de mostrar síntomas de ansiedad, depresión y estrés; durante la pandemia estas posibilidades casi se duplicaron para ansiedad (RM antes 3.4 a RM durante 6.7) y estrés (RM antes 3.1 a 7.2 RM durante); en el caso de la depresión esta posibilidad fue la que más se incrementó (RM antes 2.9 a RM durante 7.2) (tabla 5).

Figura 1. Número de estudiantes según número de dispositivos tecnológicos en los que presentan sobreexposición a su uso.



Nota: Se aplicó la prueba de Wilcoxon. En negrita se presentan los datos estadísticamente significativos.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Razón de momios entre la sobreexposición al uso de las TIC versus estilos de vida y salud mental de los participantes antes y durante la pandemia.

Variable	Antes de la pandemia			Durante la pandemia		
	Razón de momios	IC 95%	p	Razón de momios	IC 95%	p
Estilos de vida	0.68	(0.1, 5.8)	0.3384	0.83	(0.1, 20.7)	0.4078
Ansiedad	3.4	(2.2, 5.4)	<0.0001	6.7	(3.9, 11.8)	<0.0001
Estrés	3.1	(1.9, 5.0)	<0.0001	6.1	(3.5, 11.2)	<0.0001
Depresión	2.9	(1.9, 4.6)	<0.0001	7.2	(4.1, 12.7)	<0.0001

Nota: IC 95%= Intervalo de Confianza 95%.
Fuente: Elaboración propia

Discusión

Este estudio demostró que existe asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC y la salud mental. Previo a la pandemia, los estudiantes que presentaron sobreexposición a las TIC se encontraban en riesgo de presentar síntomas de ansiedad, estrés y depresión; y durante la pandemia este riesgo se incrementó de manera considerable tanto para la ansiedad, estrés y depresión.

Sin lugar a duda, la salud mental de los adolescentes ha sido fuertemente afectada durante la pandemia por Covid-19. Ya que el aislamiento y la amenaza sanitaria aumentaron los sentimientos de ansiedad, estrés y depresión en adolescentes, esto es relevante debido a que los adolescentes dependen en gran medida del contacto social con sus compañeros, y el aislamiento prolongado generó un impacto negativo en su salud mental²⁵.

Pedreira Massa, señala que uno de los mecanismos de riesgo para el deterioro en la salud mental de los adolescentes ha sido el hiperconsumo y abuso de las TIC²⁶; lo que se demostró en este proyecto y que coincide con estudios previos donde se reportó una asociación positiva entre el uso problemático de las TIC, un riesgo de mala salud mental y el incremento en el estrés percibido¹⁹; y en otro estudio²⁷, aunque no encontró una asociación positiva entre el uso problemático de las TIC con ansiedad, si se encontró con depresión al igual que en los resultados de este estudio.

Durante la pandemia, tanto en este estudio como en otros, se encontró un incremento del uso de las TIC, particularmente del internet y celular^{5;28} pasando de un consumo normal a un consumo problemático e incluso de dependencia; en el estudio de Ruiz-Palmero y otros, al igual que en esta investigación, encontraron que las consolas de videojuegos fueron los dispositivos que mantuvieron un uso normal tanto antes como durante la pandemia²⁸.

Con respecto a otros hallazgos de este proyecto, se encontró un resultado similar en la predisposición de los encuestados que previo a la pandemia presentaban un uso desmedido de las TIC a mostrar síntomas de depresión y ansiedad, lo que coincide con un estudio realizado en Perú en 2021, en el que participaron estudiantes con características sociodemográficas parecidas a los participantes de esta investigación²⁹.

Los resultados obtenidos en estudios realizados en estudiantes de India, Malasia, México y Reino Unido, en el contexto de la pandemia, fueron coincidentes con los hallazgos de esta investigación al confirmar una asociación positiva entre el incremento en el uso de las TIC y el aumento en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, reflejando un comportamiento similar en adolescentes independientemente de su nacionalidad⁵. Dichas coincidencias también corresponden con lo reportado en otros estudios realizado en Estados Unidos en 2018³⁰ y de otro del 2021 ejecutado en Bélgica²⁵. En este segundo estudio, además, se encontró un efecto positivo en adolescentes con el uso elevado de las redes sociales como un método para lidiar con la negatividad durante la pandemia al hacer uso de esta tecnología como un mecanismo para regular su estado de ánimo²⁵, en esta investigación los resultados no evidenciaron un efecto positivo en los participantes.

En relación con otros hallazgos de esta investigación, se encontró que, con respecto a las características sobre el uso de las TIC, la radio, la televisión y la computadora de escritorio, fueron los dispositivos que menos dispusieron los estudiantes encuestados, dando preferencia a los dispositivos digitales portables. El teléfono celular fue el dispositivo más accesible y utilizado para conectarse a Internet, tanto antes



como durante la pandemia. Esto se asemeja a otros estudios realizados en Japón, Australia y México^{31,32,33}, en los cuales se informó que el teléfono móvil era el dispositivo más utilizado por los adolescentes, lo cual se deba a la inmediatez de uso, permitiendo en todo momento tener mejor comunicación, intercambiar o buscar información³⁴.

Por otro lado, la laptop fue el dispositivo más empleado para acceder a internet durante la pandemia, debido a la necesidad de tomar clases virtuales derivado del confinamiento, contrario a lo que sucedió en un estudio realizado en Lima, Perú también con estudiantes de bachillerato, en donde el dispositivo más usado para conectarse a Internet fue el teléfono celular, incluso para tomar clases³⁵.

Entre los dispositivos utilizados para conectarse a internet, destacó la baja disponibilidad de la tableta electrónica, ya que, el 50.4% de los encuestados refirieron no contar con dicho dispositivo, sin embargo, las tabletas electrónicas en relación con el teléfono celular tenían más ventajas para un uso “de trabajo”, entendiendo esto como tomar clases o hacer tareas por su interactividad táctil³⁶.

En cuanto al estilo de vida de los adolescentes antes y durante la pandemia, no se identificaron cambios significativos, al igual que un estudio realizado en Italia en el 2021, que refirió que en algunos casos la pandemia se presentó como una oportunidad para que los adolescentes realizaran más actividad física dentro de casa o tuvieran más consciencia de la alimentación que llevaban³⁷.

Entre las limitaciones del estudio, se encuentra que, aunque los resultados mostraron una asociación positiva entre sobreexposición al uso de las TIC y percepción sobre estilos de vida saludable y salud mental durante la pandemia de COVID-19, estos no pueden extrapolarse a todos los estudiantes de bachillerato del Estado de Veracruz de bachilleratos, ya que no se trató de una muestra representativa de planteles educativos de esta entidad federativa.

Además, si bien no se logró obtener el tamaño de muestra definido, los porcentajes de estudiantes encuestados en cada bachillerato fueron cercanos a lo proyectado. El principal motivo por el que no se obtuvo el tamaño de muestra se debió a que, al momento de la aplicación de la encuesta, los estudiantes se encontraban en exámenes de regularización, así como parciales, por lo que no todos los alumnos tuvieron la disponibilidad para participar; de igual manera no todos los padres de familia, ni alumnos firmaron el consentimiento y asentimiento informados.

Es innegable e inevitable que el uso de las TIC forme parte esencial de la vida de los adolescentes, por lo que se deben implementar programas para este grupo etario, que ayuden

a maximizar el aprovechamiento e incorporación de estas herramientas, siempre privilegiando un uso adecuado y salvaguardando la salud de los usuarios.

También es apremiante girar la mirada hacia la salud mental de los adolescentes, ya que durante la pandemia se generaron cambios importantes en ella, sumados a los cambios propios de la etapa de desarrollo en que se encuentran, para lo cual se debe favorecer la implementación de programas y estrategias que los ayuden con la regulación y manejo de sus emociones.

Este estudio, hasta donde tenemos conocimiento, es el primero que se lleva a cabo en estudiantes del estado de Veracruz, México de educación media superior (bachillerato). Destaca situaciones que requieren la atención de las autoridades educativas de las instituciones que participaron en la investigación. Sin embargo, es importante realizar más estudios para comprender de manera más completa los cambios en los estilos de vida y la salud mental que pueden surgir en estudiantes de bachillerato debido a la sobreexposición a las TIC

Conclusiones

Durante la pandemia por Covid-19, se potenció el uso de dispositivos tecnológicos que no solo se enfocaban en el entretenimiento, puesto que las actividades académicas se adaptaron a un contexto virtual, por lo que el uso fue una necesidad para cumplir con los programas educativos e influyó en la sobreexposición al uso de las TIC, trayendo como consecuencia, que diversos aspectos de la salud mental de los estudiantes que participaron en el estudio pasaran de estar en valores normales antes de la pandemia, a valores sumamente severos.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en investigación del ISP-UV con números de registro CEI-ISP-UV-R01/2023 y CI-ISP-14-2022 respectivamente, esto para garantizar los aspectos metodológicos

Contribución de los autores

Conceptualización: RGGR y MCOL; Curación de datos: RGGR y MCOL; Adquisición de financiamiento: RGGR y MCOL; Investigación: RGGR, MCOL, CHSOCH, VGAN, PPL y JLZ; Metodología: RGGR y MCOL; Administración

del proyecto: RGGR y MCOL; Recursos: RGGR y MCOL; Supervisión: MCOL, CHSOCH, VGAN, PPL y JLZ; Validación: MCOL, CHSOCH, VGAN, PPL y JLZ; Visualización: RGGR y MCOL; Redacción – Borrador original: RGGR y MCOL; Redacción: revisión y edición: RGGR, MCOL, CHSOCH, VGAN, PPL y JLZ.

Referencias

- Dong H, Yang F, Lu X, Hao W. Internet addiction and related psychological factors among children and adolescents in China during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020;11:00751. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00751>
- Mohammed OY, Tesfahun E, Mohammed A. Magnitude of sedentary behavior and associated factors among secondary school adolescents in Debre Berhan town, Ethiopia. *BMC Public Health* [Internet]. 2020;20(1):86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-8187-x>
- Cívico Ariza A, Cuevas Monzonís N, Colomo Magaña E, Gabarda Méndez V. Jóvenes y uso problemático de las tecnologías durante la pandemia: una preocupación familiar. *Hachetepé* [Internet]. 2021;(22):1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25267/hachetepe.2021.i22.1204>
- Wong MD, Dosanjh KK, Jackson NJ, Rüniger D, Dudovitz RN. The longitudinal relationship of school climate with adolescent social and emotional health. *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1):207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-10245-6>
- Fernandes B, Nanda Biswas U, Tan-Mansukhani R, Vallejo A, Essau CA. The impact of COVID-19 lockdown on internet use and escapism in adolescents. *Rev psicol clín con niños adolesc* [Internet]. 2020;7(no 3):59–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2056>
- Ceballos-Marín GY. Pandemia, educación digital y jóvenes universitarios [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.academia.edu/48753465/Pandemia_educaci%C3%B3n_digital_y_j%C3%B3venes_universitarios
- Mercado R, Otero A. Efectos diferenciados del COVID-19 en estudiantes universitarios. *Rev Innova Educ* [Internet]. 2022;4(3):51–71. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/jrie.2022.03.003.es>
- Peréz-Pérez M, Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, López-Orozco G, Ortiz-Vargas I, Gómez-Calles TJ. Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Salud Uninorte* [Internet]. 2022;37(03):553–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98>
- Hernández Ferrer E, Universidad Pedagógica Veracruzana, Valencia Aguilar O, Universidad Pedagógica Veracruzana. Cómo están pasando la pandemia los estudiantes de la Universidad Pedagógica Veracruzana: un estudio de caso. *Diálogos sobre Educación* [Internet]. 2021;0(22). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32870/dse.v0i22.816>
- Garmendia Larrañaga M, Jimenez Iglesias E, Casado del Río MÁ, Mascheroni G. Riesgos y oportunidades en internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). 2016; Disponible en: <https://netchildrengomobile.eu/ncgm/wp-content/uploads/2013/07/Net-Children-Go-Mobile-Spain.pdf>
- Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and Problematic Internet Use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *Int J Adolesc Youth* [Internet]. 2017;22(4):430–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2016.1227716>
- Overexposure to technology affects children [Internet]. *Youthvoices.live*. [citado el 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.youthvoices.live/overexposure-to-technology-affects-children/>
- Méndez-Gago S, González-Robledo L, Pedrero-Pérez E, Rodríguez-Gómez R, Benítez-Robredo Mt, Mora-Rodríguez C, Ordoñez-Franco A. Uso y abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por adolescentes: UN ESTUDIO REPRESENTATIVO DE LA CIUDAD DE MADRID. 2018. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Estudio-UCJC-y-MADRID-SALUD-2018.pdf>
- Jamil RA, Khatoon BA, Akhtar A, Rahman A. The study of relationship between internet addictions and aggression among teenagers. *J Manag Info* [Internet]. 2017; 3(4):7–13. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/2254/6a00731f97409f3b9e861021a6c4b447a76a.pdf?_gl=1*1dr1g9*_ga*MTA4NTU3OTQzNi4xNzAwNT-kxMjk2*_ga_H7P4ZT52H5*MTcwMDU5MTI5Ni4xL-jAuMTcwMDU5MTMzNi4yMC4wLjA



15. Ali NA, Feroz AS, Akber N, Feroz R, Nazim Meghani S, Saleem S. When COVID-19 enters in a community setting: an exploratory qualitative study of community perspectives on COVID-19 affecting mental well-being. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(5):e049851. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049851>
16. Secretaría de Educación de Veracruz (SEV). Anuario Estadístico: Información Estadística del Sistema Educativo Estatal ciclo escolar 2022-2023 [Internet]. Secretaría de Educación de Veracruz. 2023 [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sev.gob.mx/v1/servicios/anuario-estadistico/consulta/>
17. Li Y-Y, Sun Y, Meng S-Q, Bao Y-P, Cheng J-L, Chang X-W, et al. Internet addiction increases in the general population during COVID-19: Evidence from China. *Am J Addict* [Internet]. 2021;30(4):389–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ajad.13156>
18. Hernández CE, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo. *ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud* [Internet]. 2019;2(1):75–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
19. Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Rojo Mota G, Llanero Luque M, Pedrero Aguilar J, Morales Alonso S, et al. Information and Communications Technologies (ICT): Problematic use of Internet, video games, mobile phones, instant messaging and social networks using MULTICAGE-TIC. *Adicciones* [Internet]. 2018;30(1):19–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.806>
20. Mateos-Rodríguez JC. Programa de intervención para la adicción a las TIC en población de entre 25 y 54 años. [Cádiz España]: Universidad de Cádiz; 2020. Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/23354/Mateos%2C%20Rodr%C3%ADguez%2C%20JC%20Rodin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Jiménez Candel MI, Carpena Lucas PJ, Ceballos-Santamaría G, Mondéjar Jiménez J. Design and validation of a questionnaire to study healthy habits among adolescents aged 12-14 years. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2021;119(3):177–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.177>
22. Jiménez Candel MI, Carpena Lucas PJ, Mondéjar Jiménez J, García Pérez R, Gómez Navarro AJ. The influence of a healthy lifestyle on body mass index in a sample of 12-14 year old individuals in Murcia (Spain). *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2021;44(1):33–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0883>
23. Gurrola Peña GM, Balcázar Nava P, Bonilla Muños MP, Virseda Heras JA. Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social* [Internet]. 2006;8:3-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
24. Román Mella, Francisca., Vinet, Eugenia V., & Alarcón Muñoz, Ana María. (2014), "Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco." *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XXIII, núm.2, pp.179-190 [Consultado: 8 de Noviembre de 2023]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265009>
25. Cauberghe V, Van Wesenbeeck I, De Jans S, Hudders L, Ponnet K. How adolescents use social media to cope with feelings of loneliness and anxiety during COVID-19 lockdown. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* [Internet]. 2021;24(4):250–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2020.0478>
26. Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: Visión desde la psicopatología y la salud pública. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020 [citado el 14 de diciembre de 2023];(94):23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721396>
27. Fernández-Velilla O. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): una nueva problemática [Internet]. [Madrid, España]: Universidad Pontificia Comillas; 2018. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32027/TFM001040.pdf?sequence=1>
28. Ruiz-Palmero J, Colomo-Magaña E, Sánchez-Rivas E, Linde-Valenzuela T. Estudio del uso y consumo de dispositivos móviles en universitarios. *Digit Educ Rev* [Internet]. 2021;(39):89–104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1344/der.2021.39.89-104>
29. Perez-Oyola JC, Walter-Chavez DM, Zila-Velasque JP, Pereira-Victorio CJ, Failoc-Rojas VE, Vera-Ponce VJ, et al. Internet addiction and mental health disorders in high school students in a Peruvian region: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-023-04838-1>
30. Hunt MG, Marx R, Lipson C, Young J. No more FOMO: Limiting social media decreases loneliness and depression. *J Soc Clin Psychol* [Internet]. 2018;37(10):751–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2018.37.10.751>



31. Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and Problematic Internet Use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *Int J Adolesc Youth* [Internet]. 2017;22(4):430–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02673843.2016.1227716>
32. Nakayama H, Ueno F, Mihara S, Kitayuguchi T, Higuchi S. Relationship between problematic Internet use and age at initial weekly Internet use. *J Behav Addict* [Internet]. 2020;9(1):129–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1556/2006.2020.00009>
33. 18°Estudio sobre los Hábitos de Personas Usuarías de Internet en México 2022 [Internet]. Cdn-website.com. [citado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://irp.cdn-website.com/81280eda/files/uploaded/18%C2%B0%20Estudio%20sobre%20los%20Habitos%20de%20Personas%20Usuarías%20de%20Internet%20en%20Mexico%202022%20%28Publica%29%20v2.pdf>
34. Carrión CAR. El uso del celular y su influencia en las actividades académicas y familiares de los estudiantes de primer año de bachillerato de la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba de la ciudad de Quito [Internet]. [Universidad Andina Simón Bolívar]; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6164/1/T2591-MIE-Roman-El%20uso.pdf>
35. Berrocal-Villegas CR Flores Rosas VR Montalvo Fritas W Flores Coronado ML. Entornos distribuidos de aprendizaje ubicuo en tiempos de pandemia: una realidad educativa en educación básica. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2021; VIII(3):1–22. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2628/2663>
36. Marés L. TABLETS EN EDUCACIÓN Oportunidades y desafíos en políticas uno a uno. 2012. Disponible en: <https://hmart.cl/home/wp-content/uploads/2012/06/Tablets-en-educacion.pdf>
37. Salzano G, Passanisi S, Pira F, Sorrenti L, La Monica G, Pajno GB, et al. Quarantine due to the COVID-19 pandemic from the perspective of adolescents: the crucial role of technology. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2021;47(1):40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-021-00997-7>

Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos, México. 2012-2022

Sociocultural Factors: Subsequent teenage Pregnancy life project, Morelos, Mexico. 2012-2022

Eric Alejandro Monterrubio-Flores¹,  Liliana León-Rogel², 
Celina Magally Rueda-Neria³,  Irene M. Parada-Toro⁴ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5678

Artículo Original

• Fecha de recibido: 25 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 19 de enero de 2024 • Fecha de publicación: 06 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Eric Alejandro Monterrubio Flores. Dirección postal: Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad No. 655, Colonia Santa María Ahuacatlán, Cerrada Los Pinos y Caminera. C.P. 62100 Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: eric@insp.mx

Resumen

Objetivo: Describir la dinámica del embarazo adolescente subsecuente en un municipio con comunidades urbanas y rurales del estado de Morelos, y las condicionantes que influyen en el cambio del plan de vida de la madre, mediante una perspectiva cualitativa.

Materiales y métodos: Estudio transversal con métodos múltiples, la fase cuantitativa permitió analizar la tendencia y tasas de embarazo adolescente, la fase cualitativa consistió en la aplicación de entrevistas semiestructuradas, previamente elaboradas, vaciadas en una matriz para el análisis, realizado a partir del análisis del discurso. Se construyó una base de datos en Microsoft Excel 365. Posteriormente, con Stata v.14.2 se realizó análisis uni-variado y bivariado para obtener media, desviación estándar, proporciones con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se agrupó por edades de 17-20 años (n=160) y 15-16 años (n=5), la escolaridad preponderante, primaria 25.49% y secundaria 52.94%. El 87.18% se ocupa en el hogar como ama de casa. El 69.88% ha cursado 2 embarazos y el 23.49% 3 embarazos, el 64.46% ha tenido 2 partos y 7.23% 3 o más partos. El 16.88% refiere 2 cesáreas, para el grupo de 17-20 años y el 40% en el grupo de 15-17 años. El 21.69% reportó un aborto. El periodo intergenésico fue de 12 a 24 meses. La mediana de edad de las madres fue de 19 años con un mínimo de edad de 15 y un máximo de 20 años. En el grupo de 17 a 20 años, la mediana fue de 19 años y en el grupo de 15 a 16 años, la mediana fue de 16 años.

Conclusiones: Tanto la tasa como la prevalencia de embarazos adolescentes posteriores mostraron un aumento irregular hasta 2019, antes de mostrar una disminución posteriormente. El nivel educativo es un factor determinante para el embarazo adolescente primario y posterior.

Palabras Claves: Embarazo; Adolescente; Anticoncepción; Perspectiva de vida.

Abstract

Objective: It consisted of describing the dynamics of subsequent teenage pregnancy in a municipality with urban and rural communities in the state of Morelos, and the conditions that influence the change in the mother's life plan, through a qualitative perspective, the adolescent's perception of dating stage, your first pregnancy, second pregnancy and your social environment in your life plan.

Materials and methods: Cross-sectional study with multiple methods, the quantitative phase allowed us to analyze the trend and rates of teenage pregnancy, the qualitative phase consisted of the application of semi-structured interviews, previously prepared, emptied into a matrix for analysis, carried out from discourse analysis. A database was built in Microsoft Excel 365. Subsequently, with Stata v.14.2, univariate and bivariate analysis was performed to obtain mean, standard deviation, proportions with 95% confidence intervals.

Results: They were grouped by ages of 17-20 years old (n=160) and 15-16 years old (n=5), the predominant education, primary 25.49% and secondary 52.94%. 87.18% work at home as housewives. 69.88% have had 2 pregnancies and 23.49% have had 3 pregnancies, 64.46% have had 2 births and 7.23% have had 3 or more births. 16.88% reported 2 cesarean sections, for the 17-20 years old group and 40% in the 15-17 years old group. 21.69% reported an abortion. The intergenic period was 12 to 24 months. The median age of the mothers was 19 years old with a minimum age of 15 and a maximum of 20 years. In the 17 to 20 years old group, the median was 19 years old and in the 15 to 16 years old group, the median was 16 years old.

Conclusions: Both the rate and prevalence of subsequent teenage pregnancies showed an irregular increase until 2019, before showing a decrease thereafter. Educational level is a determining factor for primary and subsequent teenage pregnancy.

Keywords: Pregnancy adolescent; contraception; Life Course Perspective.

¹ Doctor en Epidemiología, Maestro en Epidemiología, Licenciado en Sistemas de Información. Investigador en Ciencias Médicas del Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

² Maestra en Salud Pública en Epidemiología, Licenciada en Enfermería. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Ciudad de México, México.

³ Licenciada en informática administrativa. Investigadora en Ciencias Médicas del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

⁴ Doctora en Ciencias Políticas y Sociales, Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud, Maestra en Psicología Clínica Infantil, Médico Cirujano. Médico especialista del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.



Introducción

El embarazo adolescente primigenio como el subsecuente, plantea una problemática que configura uno de los mayores desafíos sociales, políticos y económicos para los países; ya que al ser madre a tempranas edades se vulneran los derechos sexuales, reproductivos, de salud y educación, truncando el proyecto de vida en las adolescentes. Lo que a su vez perjudica a mediano y largo plazo, la posibilidad de obtener ingresos dignos y su futuro puede ponerse en riesgo para ser atrapadas en círculos viciosos de pobreza y exclusión, así como limitar las oportunidades de bienestar de sus hijos, modificando las realidades de sus comunidades y los países¹.

La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 a 19 años caracterizado por la exploración sexual, experiencias fantasiosas y reales que forman parte del desarrollo, el cual norma su interés por conocer y formar su identidad conduciéndolos a iniciar su vida sexual activa tempranamente; muchas veces sin la protección adecuada pudiendo terminar en un embarazo no planeado, lo anterior ha despertado la preocupación desde diversas visiones y realidades para considerarla no solo desde la **óptica social y política**, sino como una realidad compleja multifactorial y multicausal².

El embarazo adolescente conducirá a un evento obstétrico e implicando grandes problemas no solo a nivel de salud para el binomio madre-hijo, sino también desafíos para los proveedores y las instituciones de salud, en el sentido de los programas de planificación familiar y su eficacia, la falta de esta última podrá favorecer la presencia de un segundo embarazo antes de 24 meses posterior al primer embarazo. Cuando se habla de embarazo adolescente no solo habrá que pensar en el primer hijo de una adolescente ya que no son pocas las adolescentes que antes de los 19 años tienen otro embarazo¹.

Dentro de los motivos del embarazo adolescente subsecuente encontramos diversas causas relacionadas con aspectos socioculturales, entorno familiar y comunitario, acceso a los servicios de salud, nivel educativo y bajos recursos económicos¹.

A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres en el año 2000, a 42.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres en 2002; las modificaciones presentadas a nivel mundial han sido desiguales en el planeta, con disminución en Asia meridional, en América Latina y el Caribe; y África subsahariana más pausadas. Estas últimas continúan teniendo las tasas más altas a nivel mundial, con 101 y 53.2 nacimientos por cada 1,000 mujeres, respectivamente, en 2021³.

En América Latina y el Caribe la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) registró para 2020 la segunda tasa más alta del mundo, considerando que el 18% de los nacimientos registrados corresponde a madres menores de 20 años, se considera que cada año nacen millón y medio de recién nacidos de madres adolescentes entre 15-19 años⁴.

En los últimos años tanto el embarazo adolescente primario como subsecuente ha tenido un incremento, así como los riesgos en salud de la adolescente y el infante, además de modificaciones en este estadio obliga a esta población a entrar a una dinámica de adultos para la que no están preparadas, la mayoría de las veces esto se acompaña con una ola de consecuencias perjudiciales tanto para la mamá como para sus hijos(as)⁵.

Para el año 2019 se calculó que en las adolescentes, Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia se define como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años), de entre 15-19 años pertenecientes a países de ingreso medio bajo se calcula que hubo 21 millones de embarazo y el 50% fueron embarazos no deseados, aunque estos pueden localizarse en edades menores (10-14 años) pero los registros son escasos, presentándose generalmente en adolescentes con niveles bajos de educación o bajos recursos económicos lo que demuestra claramente que la desigualdad se acrecienta en esta población^{5,6}.

México se encuentra en los primeros lugares de embarazo en la adolescencia entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁷.

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la tasa de embarazo adolescente disminuyó de 74 a 67 nacimientos por cada mil adolescentes de 2015 a 2022, aunque hay que mencionar que cada año se registran 8 mil 765 nacimientos de niñas menores de 14 años lo que aumenta el riesgo de embarazos adolescentes subsecuente y de ellas el 80% se dedican al trabajo no remunerado de cuidados (hijos (as) y familiares), solo el 13.4% continúa la escuela y el 14.7% refiere que su primera relación sexual fue por convencimiento coerción o violación^{8,9}.

La Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO), indica una "...tasa de fecundidad forzada en niñas de 10 a 14 años que aumentó de 1.7 a 1.8 por cada 1,000 mujeres, adicionalmente se estimó un incremento en la necesidad insatisfecha de anticoncepción del 20% ...", lo que trajo como consecuencia 21,575 embarazos no deseados en mujeres de 15 a 19 años¹⁰. Todo lo anterior a pesar de que para atender esta problemática el Estado Mexicano en 2015 planea la estrategia "Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) cuyas metas para el

2030 son: disminuir a cero el número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en 50% la TEF de las adolescentes de 15 a 19 años¹¹, el desarrollo de esta iniciativa ha sido lento ya que para el 2019 la tasa de embarazo adolescente fue de 69.5% (solo hubo una disminución de 7.5% con respecto al 2014), esto puede ser debido al periodo de pandemia así como un incremento en la necesidad insatisfecha de anticoncepción del 20%¹².

En el estado de Morelos, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para 2020 a partir de la base de datos de CONAPO 2022, registra una tasa de nacimientos de adolescentes entre 15-19 años de 69.8 por cada 1,000 mujeres^{12,13,14}.

La información acerca del embarazo subsecuente en adolescentes, para la CONAPO: impacta directamente sobre la sociedad ya que ofrece de manera oportuna una alerta acerca de los riesgos en la salud reproductiva, la importancia del periodo intergenésico es su asociación al inicio temprano de la actividad sexual, la planificación familiar y el conocimiento del cuidado prenatal, información que contribuye para una mejor calidad de vida, así como una base fundamentada, para que el personal de salud que atiende a esta población pueda considerar la planificación y el accionar necesario para tratar el problema⁹.

Dentro de las causas de esta problemática es importante destacar los aspectos familiares, su entorno y el comunitario, el acceso a los servicios de salud, nivel educativo etc. Las consecuencias son de índole físico, psicológico, económico y social, agudizan las condiciones negativas de salud, las mencionadas como causas, pueden presentar el riesgo de que se repita en las nuevas generaciones y se perpetue el problema¹⁶.

El embarazo adolescente subsecuente plantea un peligro mayor, debido a que incrementa diez veces más el riesgo de presentar complicaciones secundarias (eclampsia, endometriosis puerperal e infecciones sistémicas en el neonato: bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, malnutrición, problemas de desarrollo o malformaciones, posible deceso en las primeras semanas de vida) esto sin relación al periodo intergenésico, el cual presenta un alto riesgo de mortalidad materna o problemas de salud con el recién nacido (a), lo cual compromete su crecimiento y desarrollo futuro, todo lo anterior desde la visión fisiológica y las consecuencias, han sido referenciadas por los principales organismos de salud¹⁷; pero no hay que dejar de lado que el embarazo adolescente tanto primario como subsecuente, generalmente obstaculiza el proyecto de vida modificado hacia aspectos mayormente dirigidos a la crianza de los hijos¹⁸.

Evidenciar la magnitud del problema y describir los principales factores sociales que conllevan a una adolescente al embarazo y más aún al embarazo subsecuente, aporta información que permite crear herramientas encaminadas a mejorar los proyectos o programas que se desarrollan para disminuir la incidencia de la situación.

La importancia de continuar y actualizar dicha investigación reside en proporcionar antecedentes sobre el tema en el estado, lo que proveerá tanto datos cualitativos como cuantitativos sobre la problemática y la percepción de las adolescentes sobre la influencia del embarazo subsecuente en su plan de vida. Como también, las consecuencias sociales, económicas, educativas y políticas.

El objetivo de esta investigación consistió en describir la dinámica del embarazo adolescente subsecuente en un municipio con comunidades urbanas y rurales del estado de Morelos, y las condicionantes que influyen en el cambio del plan de vida de la madre, mediante una perspectiva cualitativa, la percepción de la adolescente sobre la etapa de noviazgo, su primer embarazo, segundo embarazo y su entorno social en su plan de vida.

Materiales y Métodos

Estudio transversal que utilizó perspectivas múltiples, la fase cuantitativa permitió analizar la tendencia del embarazo subsecuente expresado en tasas de embarazo adolescente de un municipio del estado de Morelos. La fase cualitativa nos permitió conocer la percepción de la adolescente sobre sus embarazos y su proyecto de vida. Se estudiaron a las mujeres embarazadas entre 10 a 20 años del hospital comunitario de 2do nivel. El periodo de estudio corresponde 2012-2022.

Perspectiva Cuantitativa. Fuentes de información: expedientes clínicos del servicio de Obstetricia del Hospital Comunitario de Morelos. Base de datos oficiales de CONAPO, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Municipales y Secretaría de Salud del estado de Morelos^{13,14,15}.

Criterios de inclusión: Mujeres adolescentes que hayan tenido embarazo subsecuente entre el periodo de 2012-2022.

Criterio exclusión: Mujeres adolescentes primigestas durante el periodo de 2012-2022.

La muestra de estudio correspondió a todas las historias clínicas registradas durante el periodo 2012-2022 en el servicio de Obstetricia.

Variables de estudio: Embarazo subsecuente: Para construir la variable de embarazo subsecuente, se consideró a aquellas mujeres adolescentes que en su historia clínica estaba

reportado más de 1 embarazo con edades de 15-20 años, se tomó como corte 20 años considerando que su segundo embarazo sucedió al cursar la edad de 19 años. Del expediente clínico se obtuvieron datos sociodemográficos, utilización de los servicios de planificación familiar y de obstetricia, atención del parto y postparto, uso y tipo de método de anticoncepción.

Con las siguientes fórmulas se calcularon la prevalencia y la tasa:

Prevalencia de embarazo subsecuente:

Para el cálculo de las tasas se utilizó la estimación de la población media de adolescentes de cada año:

Población media en el año = (Población de año anterior + Población año estimado) / 2

Tasa = (Número de embarazos subsecuentes en el año / Total de la población adolescente media en el año) * 1000

Se calculó la proyección poblacional en grupos etario de 10-19 años para 2012, 2013 y 2014 mediante una interpolación a partir de una regresión simple lineal en series de tiempo, para ello se realizó un gráfico de tendencia aplicando la ecuación de regresión (para años consecutivos)¹⁹, las estimaciones se realizaron utilizando el software Excel, con la siguiente fórmula:

$$Y=A+BX/R^2$$

X= código generado (variable de tiempo)

A= Valor dado parámetro libre dado en la ecuación de Excel (al hacer la gráfica de tendencia)

BX= Valor de la pendiente

R²= grado de correlación*

* Rango óptimo = de 0.9 a 1

Análisis de la información: Con los datos obtenidos de las fuentes secundarias de información, se construyó una base de datos en Microsoft Excel 365. Posteriormente, se realizó análisis univariado y bivariado para obtener la media, desviación estándar, proporciones con intervalos de confianza del 95%. Los datos fueron analizados en el programa STATA versión 14²⁰.

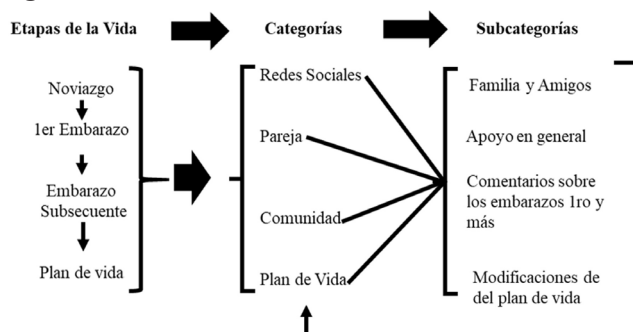
Perspectiva Cualitativa: Para esta fase se diseñó una entrevista semiestructurada, la guía estuvo orientada a conocer la percepción de la etapa de noviazgo, su primer embarazo, apoyo familiar y amigos(as), segundo embarazo, así como la percepción e influencia en su proyecto o plan de vida. A partir del total de historias clínicas revisadas fueron seleccionadas en forma aleatoria 8 mujeres que vivieran en la cabecera municipal, para la aplicación de la entrevista.

El plan de vida se definió planear el futuro a partir de la proyección de la propia existencia a través del reconocimiento de sus propios recursos y del entorno se entiende cómo "... la orientación, el sentido que la persona le da a su vida a partir de tejer un conjunto de relaciones socioculturales e interrelaciones con otros cercanos como mediadores significativos..."^{21,22}.

Emancipación: "en el ámbito jurídico, la obtención por parte de un menor de los derechos de la mayoría de edad. En este sentido, la emancipación supone el fin de la patria potestad o de la tutela sobre un menor de edad, con la finalidad de que éste pueda regirse por sí mismo..."²³.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con preguntas relacionadas a las etapas de noviazgo, primer hijo, segundo hijo percepción de la familia sobre los embarazos y plan de vida, con base a esto se construyeron las categorías de análisis. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, posteriormente vaciadas en una matriz para el análisis, este se realizó a partir del análisis del discurso basada en las etapas antes mencionadas y finalmente se buscó correspondencias entre semejanzas y diferencias como en sesgos valorativos en las entrevistas²⁴.

Figura 1. Modelo de Análisis Cualitativo



Fuente: Elaboración propia, Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos. 2012-2022.

Resultados

Se revisaron 1617 expedientes de Obstetricia de todas las edades, durante el periodo estudiado 2012-2022 de ellos el 10.27% (n=166), correspondieron a embarazo adolescente subsecuente, lo que representa una tasa de 16.96 por 1000 en el grupo de edad de 10-20 años (Tabla 1).

La muestra (n=165) estuvo representada por dos grupos de edades de 17-20 años (n=160) y 15-16 años (n=5) la escolaridad fue del 25.49% para nivel primaria y 52.94% nivel secundaria. La ocupación dominante es amas de casa en ambos grupos y la menor es obrera (1.33%). Sobre el estado civil, el 92.95% viven con pareja y la religión predominante fue la católica (83.67%) (Tabla 1).

La mayoría de los embarazos corresponden al grupo etario de 17-20. Se encontró que en relación al lugar de residencia, un alto porcentaje vive en Morelos, la institución también recibe usuarias de otros estados como Guerrero y Puebla (Tabla 1).

El 69.88% de la población en estudio tiene 2 embarazos y el 23.49 % han tenido 3 embarazos. Con relación al parto, del grupo de 17-20 años el 64.46% ha tenido 2 partos y el 7.23% más de 3 partos, en ambos grupos no hay muchas diferencias en los partos (Tabla 1).

En general el 17.48% refiere 2 cesáreas, para el grupo de 17-20 años (16.88%), el grupo de 15-16 años refirió (40%). El 21.69% ha tenido 1 aborto y estos se presentan mayormente en el grupo de 17-20 años (Tabla 1).

El periodo intergenésico de la muestra total oscila entre los 12 a 24 meses. El periodo intergenésico de 24 meses se encontró en ambos grupos (17-20 años 43.16% y 15-16 años 50%) (Tabla 1).

El periodo intergenésico el más bajo reportado fue de 10 meses y el mayor de 36 meses.

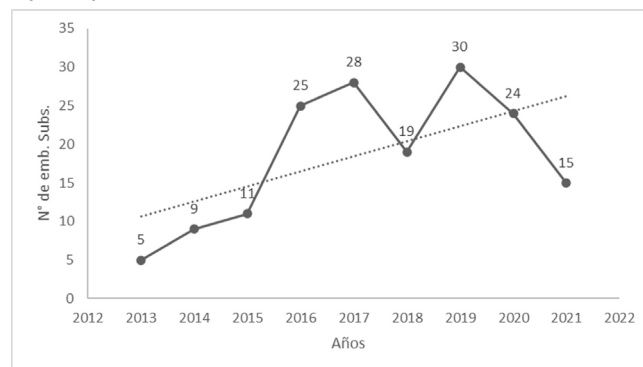
La gran mayoría de los registros revisados refieren haber otorgado información a las usuarias sobre métodos anticonceptivos, de ellas 75% aceptó el método, el 10% no acepto ningún método. El que mayor demanda obtuvo fue el implante subdérmico seguido por el DIU y menos del 1% preservativo (Tabla 1).

El 91% no tuvo complicaciones en el parto, el 78% fue normotensa y 5% presento la tensión arterial alta.

En Tabla 2 se describe que la mediana de edad de las madres fue de 19 años con un mínimo de edad de 15 y un máximo de 20 años. En el grupo de 17 a 20 años, la mediana fue de 19 años y en el grupo de 15 a 16 años, la mediana fue de 16 años. La mediana de embarazos fue de 2 para ambos grupos de edad, el número máximo de embarazos fue de 5 en el grupo de mayor edad. La mediana de partos fue de 2 para ambos grupos de edad con hasta 4 partos en el grupo de 17 a 20 años. Solo se reporta una mujer con una cesárea y una segunda mujer con dos cesáreas, en el grupo de mayor edad. En el grupo de edad de 17 a 20 años, el 21.88% reporta al menos un aborto y el 2.50% haber tenido 2 abortos, mientras que en el grupo de menor edad una de las 5 mujeres reporta haber tenido un aborto.

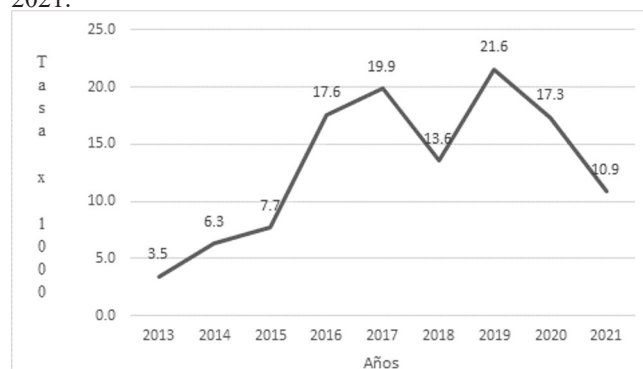
En las Figuras 2 y 3, se observan las tendencias con dos indicadores (número de casos y tasas) describen un patrón similar, una tendencia hacia el alza desde el 2015 al 2019 y a partir del 2020 disminuye.

Figura 2. Tendencia embarazo adolescente subsecuente 2012-2022.



Fuente: Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos. 2012-2022.

Figura 3. Tasa embarazo adolescente subsecuente 2013-2021.



Fuente: Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos. 2012-2022.

Perspectiva Cualitativa: Se seleccionaron por conveniencia 8 adolescentes con embarazo subsecuente que vivieran en la cabecera municipal y registradas con embarazo subsecuente en el servicio de obstetricia, que tuvieran entre 15 y 19 años y que el embarazo ocurriera entre los años 2012 a 2017, sin embargo, solo se pudieron concretar 5 entrevistas, la causa principal fue que no se localizaron personas en los domicilios referidos en las historias clínicas. A través de un enfoque fenomenológico el cual busca indagar los fenómenos sociales que afectan y modifican el futuro de las madres adolescente, como se modifica su plan de vida frente a un hecho no planeado y como afecta el desarrollo personal de estas mujeres dentro de su entorno²⁵.

En la etapa del noviazgo, las entrevistadas en su mayoría mencionaron haber tenido una relación buena, relajada y de apoyo. Una de las participantes comentó que su relación de noviazgo duró muy poco y después se juntó, antes de tener a su primer hijo. Ejemplo de ello:

“...Pues bien, ahora sí que él siempre estaba y me apoyaba, nunca fue mala

Tabla 1. Distribución sociodemográfica, económica y de salud reproductiva.

	Población de estudio		Grupos de edad (años)			
	n	%	17-20		15-16	
			n	%	n	%
Población de estudio	165	100				
17-20 años	160	96.97				
15-16 años	5	3.03				
Escolaridad	153	100	147	96.71	5	3.29
Analfabeta	2	1.31	2	1.36		
Primaria	39	25.49	38	25.85	1	20.00
Secundaria	81	52.94	77	52.38	4	80.00
Preparatoria/ bachillerato/ Técnico	30	19.61	29	19.73		
Licenciatura	1	0.65	1	0.68		
Estado civil	161	100.00	155	96.88	5	3.13
Con Pareja	149	92.55	143	92.26	5	100.00
Sin Pareja	12	7.45	12	7.74		
Lugar de Residencia	165	100.00	159	96.95	5	3.05
Morelos	139	84.24	133	83.65	5	100.00
Guerrero	6	3.64	6	3.77		
Puebla	19	11.52	19	11.95		
Cd. México	1	0.61	1	0.63		
Religión	147	100.00	141	96.58	5	3.42
Católica	123	83.67	117	82.98	5	100.00
No católica	16	10.88	16	11.35		
Ninguna	8	5.44	8	5.67		
Ocupación	156	100.00	150	96.77	5	3.23
Jornalera/Campesina	6	3.85	6	4.00		
Obrera/Alfarera	2	1.28	2	1.33		
Comerciante/ empleada	4	2.56	4	2.67		
Hogar/Ama de casa	136	87.18	131	87.33	4	80.00
Estudiante	6	3.85	5	3.33	1	20.00
Técnico Enfermería	2	1.28	2	1.33		
Método Anticonceptivo	166	100.00	160	96.97	5	3.03
Implante	49	29.52	47	29.38	2	40.00
DIU	28	16.87	27	16.88	1	20.00
Inyectable Hormonal	5	3.01	4	2.50		
Preservativo	1	0.60	1	0.63		
OTB	21	12.65	20	12.50	1	20.00
No acepta anticonceptivos	18	10.84	18	11.25		
Ninguno	20	12.05	19	11.88	1	20.00
Sin información	24	14.46	24	15.00		

Continuará...

Continuación

Embarazo	166	100.00	160	96.97	5	3.03
1						
2	116	69.88	111	69.38	4	80.00
3	39	23.49	38	23.75	1	20.00
4	6	3.61	6	3.75		
5	5	3.01	5	3.13		
Partos	166	100.00	160	96.97	5	3.03
0	26	15.66	24	15.00	2	40.00
1	19	11.45	19	11.88		
2	107	64.46	103	64.38	3	60.00
3	13	7.83	13	8.13		
4	1	0.6	1	0.63		
Cesáreas	166	100.00	160	96.97	5	3.03
0	117	70.48	113	70.63	3	60.00
1	20	12.05	20	12.50		
2	29	17.47	27	16.88	2	40.00
Abortos	166	100.00	160	96.97	5	3.03
0	126	75.90	121	75.63	4	80.00
1	36	21.69	35	21.88	1	20.00
2	4	2.41	4	2.50		

Fuente: Factores Socioculturales: Embarazo adolescente subsecuente proyecto de vida, Morelos. 2012-2022.

persona conmigo, siempre estuvo conmigo y pues cualquier cosa me platicaba, como me iba a ver ahora sí que a mi casa...” (Femenina 25 años, entrevista no. 3).

Dentro de las 5 entrevistas realizadas, la reacción de los padres al conocer sobre el embarazo de la hija fue desigual, para algunos fue una noticia de alegría y apoyo, pero para otros no. Con testimonios como:

“...Pues... para mis papás yo creo que fue difícil pero igual me siguieron apoyando, no se metieron entre nosotros y también pues mi esposo me siguió apoyando y mis suegros en que siguiera estudiando, para terminar el bachillerato porque yo no lo quería dejar...” (Femenina 22 años, entrevista no. 1)

“...Pues mi mamá muy bien no lo tomó, muy bien... pero pues al final de cuentas lo terminó aceptando porque ahora sí que es un buen y ahora sí que el bebé no tiene la culpa de los errores que uno comete (Femenina 25 años, entrevista no. 3)

Con relación al proyecto al embarazo subsecuente.

Al igual que con el primer embarazo los testimonios fueron tantos positivos como negativos, ejemplo de ello:

“...No pues de ese si ya están contentos porque de por si me decían que el otro y dije nooo... ya me decían todos, pero de hecho ahorita me dicen, ¿y el niño? Pero dije nooo, ya no, ya el niño pues ya no.” (Femenina 25 años, entrevista no. 3)

Dentro de los comentarios negativos

“Si, porque decían que como otro y no sé qué, que con uno estaba bien, pero ahí fue que falló el ese que me pusieron. Pues ya el otro si, se enojó mi papá, si que estaba yo muy chica y que me podía pasar algo, y como iba a tener el tercero.” (Femenina 23 años, entrevista no. 4)

Apoyo familiar y proyecto de vida

La mayoría de las informantes comentó que, si contaban con apoyo, por otro lado, la minoría refirió que no, ya

que presentan precaria situación económica y problemas familiares. Lo anterior se sustenta con los siguientes párrafos:

“...Mmm sí, me parece que sí. Si, yo creo que me apoyaría si quisiera seguir estudiando y pues mis suegros también, yo creo que sí. De hecho, él pues me ayudó a terminar pues el bachillerato.” (Femenina 22 años, entrevista no.1)

“...Eh... Pues ahí sí que no he querido pues seguir estudiando, nada más lo que terminé fue la secundaria aquí, en eso me apoyo, pero así que otra cosa no, porque no he visto así otra cosa que quiera yo hacer, aja, pero si con misecundaria si me apoyo un poco, si nada más en eso. Pues si hay veces que me llevo a vender una que otra vez y me ayuda con mis niños, pero así que quiera yo estudiar algo o cualquier cosa, no por mis niños, como se van a la primaria, al kínder, no me da tiempo, aja ya que estén más grandes ya a lo mejor sí.” (Femenina 23 años, entrevista no. 4)

“...Pues... para mis papás yo creo que fue difícil pero igual me siguieron apoyando, no se metieron entre nosotros y también pues mi esposo me siguió apoyando y mis suegros en que siguiera estudiando, para terminar el bachillerato porque yo no lo quería dejar...” (Femenina 22 años, entrevista no. 1)

Respecto a la reacción de la pareja al saber la noticia del primer embarazo y subsecuente, en su totalidad las informantes comentaron que sus parejas se alegraron, emocionaron o que su reacción fue positiva. Una de ellas mencionó que esa era la razón por la que se había juntado. Esta información se evidencia con los siguientes párrafos:

“...Pues se puso contento pues, pero como todavía no estábamos juntos, aja, decidió ahora sí que juntarnos pues por la niña...” (Femenina 25 años, entrevista no. 3)

“...También. Pues de los tres, pues también, si de los tres, los tres niños...” (Femenina 23 años, entrevista no. 4)

Plan de vida

La mayoría de las entrevistadas comentaron que antes de tener a su primer hijo no tenían un plan de vida, la minoría

refirió que sí tenían un plan de vida, como tener un salón de belleza, ser maestra de kínder, para ser más independientes. Lo anterior se sustenta con los siguientes enunciados:

“...Si. Bueno yo estudiaba para salón de belleza, ese era mi plan de acabar y tener mi propia estética...” (Femenina 24 años, entrevista no. 2)

“...Pues creo que tener una familia es de por sí mi plan de vida, ya después como te digo que no este...de por sí no iba yo a poder estudiar porque mis papás no estaban bien económicamente. Pues nunca pensé en una carrera, porque yo nunca quise ser una maestra de primaria y este pues no soy muy buena porque pues mi hermana es muy inteligente ella siempre ha sido de 10 y yo decía pues tan siquiera ella va a ser una buena maestra porque es inteligente, pero yo no porque decía -¿cómo voy a ser una maestra si no me gustaría ser maestra?- y aparte pues yo no soy muuuuy inteligente...” (Femenina 22 años, entrevista no. 1)

Al preguntar sobre que pensaban del plan de vida de sus hijos la gran mayoría de las participantes comentaron que en un futuro les gustaría ver a sus hijos(as) con una carrera, un trabajo fijo y que quieren que continúen con sus estudios. Esta información se respalda con los siguientes testimonios:

“...Pues que crezcan y que tengan más estudios, que sigan estudiando hasta donde ellos quieran y que... pa' que tengan como dijeran por ahí con que defenderse, aunque sea después, que no anden en el campo y que tengan su papel para que puedan ir a trabajar a donde sea...” (Femenina 23 años, entrevista no. 4)

“...Que tengan una profesión, que tengan un trabajo fijo, eso...” (Femenina 22 años, entrevista no. 5)

Tres cuartos de las informantes comentaron que la motivación para continuar con su vida eran sus hijos(as), una minoría refirió también motivarla su matrimonio. Encontramos testimonios como:

“...Pues mis hijos, ellos son la motivación. Si mis hijos y mi matrimonio...” (Femenina 24 años, entrevista no. 2)

“...Pues motivaciones pues...por ellas, ellas, a veces las veo y me pongo a pensar lo que tienen o lo que les hace falta pues, pero pues por ellas...”
(Femenina 25 años, entrevista no. 3)

Discusión

Al igual que el resto del país las tasas del municipio estudiado, una dinámica irregular a pesar de los esfuerzos realizados por las instituciones gubernamentales, México así como Colombia presentan las tasas más altas de embarazo adolescente subsecuente en la región para el 2022, ocupando el primer lugar en los países que constituyen la OCDE; es por ello que a nivel nacional como internacional se han impulsado estudios y apoyos para disminuir la problemática y cumplir con unas de las metas para el 2030, aunque cabe señalar que según la CONAPO, la proporción de embarazos en menores de 10 años es del 17.6%, muy similar a la población de 10 a 19 años lo que aumenta la probabilidad de embarazos adolescentes subsecuentes con todas las dificultades que esto acarrea²⁶; a pesar de lo antes mencionado hay autores plantean que en el país para el 2021 en tiempos más álgidos de la pandemia, el embarazo adolescente disminuyó en edades de 17-20 años, lo que coincide con nuestros resultados; pero se observó un aumento en menores de 14 años (2.8%) lo que aumenta la probabilidad de embarazos subsiguientes en los próximos años en el país, de no realizar acciones de prevención encaminadas en este grupo de edad^{27,28}. Al igual que otros autores concordamos que el nivel educativo es factor determinante para el embarazo adolescente primario como subsecuente, aunque el estudio muestra que el porcentaje mayor de estas personas tiene el esquema básico educativo, este no determina el que se eviten estos embarazos, concordamos con León “... que la baja escolaridad y la dificultad para la reinscripción al sistema escolar tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social^{29,30}. Conformando así una de las barreras más importante de permanencia con el proceso educativo de las madres adolescentes, estas trabas educativas muchas de ellas relacionadas con los contenidos educativos que están alejados de la realidad del medio donde se desenvuelve, esto conlleva a una exclusión escolar que desemboca en desigualdad social, pese al derecho humano a la educación es fundamental (ONU), pero no solo este factor es determinante, muchas de las ocasiones hay carencia de apoyo emocional, afectivo, económico de sus familia, estos factores pueden enmarcarse dentro de las desigualdades sociales y la exclusión social³¹.

La emancipación pareciera ser un factor trascendente para el embarazo subsecuente, hay autores que plantean que este proceso de emancipación puede ser visto como una estrategia para separarse de sus familias nucleares, debido a factores como la convivencia o a la creencia en la proyección de vida hacia la formación de nuevos hogares jóvenes no compatibles

con el ejercicio precoz de papeles de adultos, como la responsabilidad de la crianza de los hijos, ya que para muchas la emancipación reafirma la identidad del adolescente porque muchas veces en esta se construye una reafirmación desde la independencia familiar³².

En todas las usuarias, el parto fue atendido por personal capacitado tanto a nivel médico como de enfermería en la institución de salud. Coincidiendo con otros autores³³ donde se plantea garantizar la atención del parto por profesionales de la salud que este calificado con el nivel de atención y atención de redes funcionales. Otro aspecto que habrá que resaltar es el fortalecimiento de la calidad de la atención obstétrica y fortalecimiento de los programas de planificación familiar con acciones intersectoriales en el marco de los derechos humanos.

Al igual que Miquelena María, coincidimos que el embarazo adolescente primigenio como el subsecuente “... compromete las oportunidades de desarrollo de esta población...” ya que en una gran mayoría los desliga de su formación escolar por el abandono, lo que redundo en su inserción laboral, pobreza, violencia, los ilícitos y exclusión social, así como ver truncado sus planes de vida³⁴.

Esto a pesar de que en su vida pre-embarazo tuvieron un plan de vida con definiciones claras y planeadas para su vida futura, el embarazo limita estas aspiraciones que aumentan en el segundo embarazo incrementando la dependencia del medio externo donde se desenvuelven y costumbres interiorizadas desde la familia, escuelas, instituciones médicas, e iglesia. Desencadenando así cambios en el proyecto de vida que afectan todos los aspectos del desarrollo personal, físico, emocional y de las relaciones que se construyen²². Ya que desear hacer planes de futuro son acciones típicas de la fase adolescente, un período para invertir en la formación y cualificación profesional, así como un momento de madurez personal³⁵.

En relación con el apoyo familiar coincidimos con otros autores en la importancia de este para la continuidad de su formación escolar como en sus proyectos de vida, pensamos que este apoyo no es muy marcado en relación de la continuidad del proyecto de vida, este se presenta en la crianza de los hijos, apoyo económico y fortalecimiento de la familia³⁶.

Conclusiones

A pesar de que para el año 2021 disminuyó tanto la prevalencia como la tasa de embarazo adolescente en el municipio, esta sigue siendo alta por lo que se recomienda el curso del programa Anticoncepción Inmediata Post Evento obstétrico para esta población²⁵.

Se recomienda hacer énfasis en orientar a las usuarias de la importancia de tener periodos intergenésicos mayor a 24 meses, haciendo hincapié en el grupo de 15-16 años para así reducir la morbi-mortalidad materno-infantil. Los servicios de consejería podrían iniciar desde las consultas obstétricas y reiterar este tipo de servicios en situaciones de aborto, embarazo ectópico, etc.

Fortalecer programas intersectoriales de salud reproductiva con base en los derechos humanos.

Las tendencias del embarazo adolescente subsecuente reportadas, podrían observarse en poblaciones con características socioculturales, económicas y demográficas similares. Por lo que esta problemática podría estar ocurriendo en muchas partes del país.

Se requiere seguir trabajando en la educación de los adolescentes sobre temas de salud sexual para incrementar el uso correcto y el acceso a los métodos anticonceptivos, así como desmitificar miedos y creencias acerca de sus posibles efectos secundarios. Por tal motivo, es obligatorio y urgente diseñar intervenciones en salud evaluadas, replicables y sostenibles en todo el país; no abordar este problema es apuntalar a una pobreza de forma planificada.

Desarrollar programas sociales que faciliten a las adolescentes continuar con su formación educativa y desarrollo, como guarderías para hijos de adolescentes.

Conflicto de interés

Los autores declararon no tener conflicto de interés.

Consideraciones éticas

El estudio estuvo evaluado por el Comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública, así como los consentimientos informados. Versión aprobada el 24 de mayo, 2022: PTCL494 Folio: U97.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño I.M.P.T., L.L.R.; Curación de datos I.M.P.T., E.A.M.F., C.M.R.N.; Análisis formal I.M.P.T., L.L.R., C.M.R.N., E.A.M.F.; Investigación: L.L.R., I.M.P.T.; Metodología I.M.P.T., L.L.R., C.M.R.N., E.A.M.F.; Redacción – Borrador original I.M.P.T., E.A.M.F.; Redacción y revisión I.M.P.T., L.L.R., C.M.R.N., E.A.M.F.; Edición I.M.P.T.

Agradecimientos

A las participantes en el estudio y al personal de salud del Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos.

Referencias

- Morales-Alvarez Clara Teresita, Sáenz-Soto Norma Elva, Manjarres-Posada Natalia Isabel, Luna-Ferrales Clarisa, Barbosa-Martínez Rosalva del Carmen. Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc* ; 30(1)04-abr-2022. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1271.
- Freud S. O mal-estar na civilização. In: S. Freud. *Obras Completas, Volume 18 - O mal-estar na civilização e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. <https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/193740/180536>
- Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva Septiembre2022 Consultado nov 2023 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. [Internet]. 2020 [Citado septiembre 2023]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Salud del Adolescente. Sinopsis consultado 18 dic.2023 Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Qué hacemos. Embarazos en adolescentes. Trabajando para que las y los jóvenes ingresen a la edad adulta como ciudadanos empoderados. [Internet]. [Citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20regiSdra%20la%20segunda%20tasa,19%20a%C3%B1os%20dan%20a%20luz>

7. Cámara de Diputados Legislatura LXV. Nota 4079. México, primer lugar en embarazo de adolescentes; urge impulsar programas de planificación familiar: María Rosete. [Internet]. 2022 [Citado mayo 2023]. Disponible en: <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/notilegis/mexico-primer-lugar-en-embarazo-de-adolescentes-urge-impulsar-programas-de-planificacion-familiar-maria-rosete>
8. Instituto Nacional de las Mujeres Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA). Revisado 20 dic.2023 Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454#:~:text=El%20embarazo%20en%20adolescentes%20es,de%2015%20a%2019%20a%20C3%B1os>
9. CONAPO. Por el bien de todas, ¡las niñas primero. consultado dic 2023 Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/por-el-bien-de-todas-primero-las-ninas>
10. CONAPO. Razón y tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años 1990 a 2022, y características sociodemográficas de las menores y de los progenitores de 1990 a 2021, a nivel nacional y por entidad federativa. Datos abiertos revisado abril 2023
11. Gómez AM, Arguello H. Estrategia Nacional para prevenir embarazo adolescente, un gran reto. México: Observatorio de Mortalidad Materna; 2017. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/ESTRATEGIA-NACIONAL-PARA-PREVENIR-EMBARAZO-ADOLESCENTE-UN-GRAN-RETO-por-Ana-Mar%C3%ADA-G%C3%B3mez-e-Hilda-Arg%C3%BCello_compressed-1.pdf
12. Consejo Nacional de Población. Participa CONAPO en diálogo virtual sobre “Los efectos de la pandemia del COVID-19: desafíos para la salud sexual y reproductiva”. México: CONAPO; 2020 Disponible en: <http://www.gob.mx/conapo/articulos/participaconapo-en-dialogo-virtual-sobre-los-efectos-de-la-pandemia-delcovid-19-desafios-para-la-salud-sexual-y-reproductiva?idiom=es>
13. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio. Ciudad de México: CONEVAL, 2022. [Internet]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf
14. Consejo Estatal de Población. Morelos. Programa Estatal de Población de Morelos 2016-2018. [Internet]. [Citado mayo 2023]. Disponible en: https://www.hacienda.morelos.gob.mx/images/docu_planeacion/planea_estrategica/programas_sectoriales/PEP_270116.pdf
15. Gobierno de Morelos. Síntesis estadística municipal 2019. Jantelco. [Internet]. 2019 [Citado junio 2023]. Disponible en: https://coespo.morelos.gob.mx/images/Datos_municipales/2020/JANTETELCO2019.pdf
16. Martínez, EA, Montero, GI, Zambrano, RM (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Espacios , 41 (47), 1–10. <https://doi.org/10.48082/espacios-a20v41n47p01>
17. Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Ene [citado 2023 Dic 18]; 62(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es
18. Miura PO, Tardivo LSLPC, Barrientos DMS, Egrý EY, Macedo CM. Adolescence, pregnancy and domestic violence: social conditions and life projects. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190111. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0111>
19. Mónica S. Tutorial Proyecciones de población, regresión lineal en series de tiempo utilizando las funciones de Excel. [Internet]. [Revisado julio 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GAt3h30ggMY>
20. Stata Corp. LLC. Stata 14 | Stata [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.stata.com/stata14/>
21. Díaz-Barriga Arceo F, Vázquez-Negrete VI, Díaz-David A. Sentido de la experiencia escolar en estudiantes de secundaria en situación de vulnerabilidad. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv [Internet]. 17 de diciembre de 2018 [Citado julio 2023];17(1):237-52. Disponible en: <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/3453>
22. D' Angelo-Hernández O, Arzuaga-Ramírez M. Los proyectos de vida en la formación humana y profesional. Retos del desarrollo integral complejo en aplicaciones al campo educativo. [Internet]. 2008. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/87403434/Los-Proyectos-de-Vida-en-La-Formacion-Humana-y-Profesional>

23. Editorial, Equipo (13/05/2016). "Significado de Emancipación". En: Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/emancipacion/> Consultado: 18 de diciembre de 2023, 02:29 pm.
24. Sayago S. El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. [Internet]. 2014. [Citado agosto 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2014000100001>
25. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propós. represent. [Internet]. 1 de enero de 2019 [Citado agosto 2023];7(1):201-29. Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/267>
26. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Consecuencias socio-económicas del embarazo adolescente en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – MILENA 1.0. pp.54 consultado enero 2024 Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
27. Mancilla Ramírez J. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2012; 26(1): 05-07. [Internet]. [Citado septiembre 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001&lng=es
28. Gámez Orrantía JA, García Valdez TI, Rojas Villegas MS, Gutiérrez Arzapalo PY, Peraza Garay FJ. Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2022; 39 (2): 17-24. [Internet]. [Consultado junio 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclin/hosinfson/bis-2022/bis222c.pdf>
29. Morales Rojas ME. Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Salud y Bienestar Soc* [Internet]. 15ene.2021 [Citado septiembre 2023];5(1):59-4. Disponible en: <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/109>
30. Morales-Alvarez CT, Sáenz-Soto NE, Manjarres-Posada NI, Luna-Ferrales C, Barbosa-Martínez RC. Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2022;30(1):14-20. [Internet]. [Consultado junio 2023]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378894>
31. Rina Mazuera Arias, Albornoz Arias Neida. Maternidad adolescente, desigualdad social y exclusión educativa en el Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela) *Espacio Abierto*, vol. 26, núm. 1, pp. 121-137, 2017 Universidad del Zulia-Venezuela consultado enero 2024 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/122/12252817007/html/>
32. Benavides Delgado , J. (2021). Moratoria Social y Embarazo Adolescente. *El Ágora USB*, 21(1), 225–236. Disponible en: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/4551/4003>
33. Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zúñiga P, Walker D, Suárez-López L, Luna-Gordillo R, Ulloa-Aguirre A. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México* [Internet]. 2013;55(2):S214-S224. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331019>
34. Miquilena María Eugenia Deserción escolar a causa del embarazo adolescente. Banco de desarrollo de América latina y el Caribe Blog consultado 10 octubre 2023 Disponible en: <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2021/01/desercion-escolar-a-causa-del-embarazo-adolescente/>
35. Krauskopof Dina. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. salud* [Internet]. 1999 Jan [cited 2024 Feb 08] ; 1(2): 23-31. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.
36. Miura PO, Tardivo LSLPC, Barrientos DMS, Egrý EY, Macedo CM. Adolescence, pregnancy and domestic violence: social conditions and life projects. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 1):e20190111. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0111>

Relationship between food security and food environments in Mexico City conurbation area vulnerable neighborhoods

Relación entre seguridad alimentaria y entornos alimentarios en colonias vulnerables del área conurbada de la Ciudad de México

Alfonso Totosaus¹, 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5742

Research Original

• Received date: January 11, 2024 • Accepted date: February 15, 2024 • Publication date: March 06, 2024

Corresponding Author

Alfonso Totosaus. Postal address: Av. Tecnológico esq. Av. Central, Ecatepec 55210, México.

Email: atotosaus@tese.edu.mx

Abstract

Objective: In this research, the relationship between food security level and socioeconomic status, food environment perception, and shopping habits was determined.

Materials and Methods: A descriptive analysis to determine the relationship between food security status and socioeconomic characteristics, and food environment perception was conducted. Data was collected by surveys in vulnerable neighborhoods of Ecatepec de Morelos, México.

Results: Food insecurity was predominantly a consequence of the socioeconomic conditions, although the places to buy foods seem to be adequate since there is no preference for where to buy, by distance or price, finding fresh fruits and vegetables, representing a healthy, cheap, and affordable diet. Nonetheless, the barriers to buying foods were price and income, limiting the quality and amount of food to buy, denoting the necessity to expand open-air markets operation, to bring affordable and healthy food in poor neighborhoods within conurbation capital cities areas.

Conclusion: Enhancing affordable foods is necessary to improve food insecurity status for families living in poor neighborhoods.

Keywords: Food security, Social vulnerability, Poverty, Environment and public health.

Resumen

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de seguridad alimentaria con el estado socioeconómico, la percepción del ambiente alimentario, y los hábitos de compra.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo para determinar la relación entre el estado de seguridad alimentaria con las características socioeconómicas y la percepción del entorno alimentario. Los datos fueron recolectados mediante encuestas en colonias vulnerables de Ecatepec de Morelos, México.

Resultados: La inseguridad alimentaria fue predominante una consecuencia de las condiciones socioeconómicas, aunque los lugares para comprar alimentos parecían ser adecuados ya que no hubo preferencia de donde comprar, la distancia o el precio, encontrando frutas y vegetales frescos, representando una dieta saludable, barata y asequible. Sin embargo, las barreras para comprar alimentos fueron el precio y el ingreso, limitando la calidad y cantidad de alimentos para comprar, denotando la necesidad de expandir la operación de mercados al aire libre, para traer alimentos saludables y asequibles a los barrios pobres dentro de las áreas conurbadas de las ciudades capital.

Conclusión: Mejorando la oferta de alimentos asequibles es necesaria con el propósito de mejorar el estado de inseguridad alimentaria de las familias que viven en barrios pobres.

Una oferta de alimentos asequibles es necesaria para mejorar el estado de inseguridad alimentarias de familias en barrios pobres.

Palabras clave: Seguridad alimentaria, Vulnerabilidad social, Pobreza, Medio ambiente y salud pública.

¹ Doctorate in Biological Sciences, Master in Food Safety, National Technological Institute of Mexico/TES Ecatepec. Ecatepec de Morelos, State of Mexico, Mexico.



Introduction

Food insecurity has become an issue of increasing interest since it occurs typically throughout the appreciation of the adequate food supply to households, and the individual experiences of the lack of food. Understanding of the relationship between food insecurity at the household or individual level with an adequate diet is important to evaluate the consequences of this food insecurity status on nutritional health and wellness¹. In the same manner, food insecurity is linked to vulnerability in poverty conditions. The analysis and evaluation of this vulnerability allow the diagnostic of the population's quality of life in susceptible areas and marginal sectors, where sociocultural factors influence regional vulnerabilities, among other factors, in the understanding of risk perception².

Since household income in marginal zones is low and inconstant, food supply chains are different, where instead of big supermarket chains with a wide offer of food products, the main sources to buy foods are markets, open-air markets, grocery stores, convenience stores, or informal street vendors. Food access is not equitable, since differences in population characteristics result in different food necessities³. According to Donkin *et al.*,⁴ even if the food price in the neighborhood is reasonable, not more expensive than in other places, this does not imply that persons in vulnerable status can buy them. In this view, in marginal urban areas it is necessary to establish the relationship between retailed food establishments and both the consumers' behavior and consumers' appreciation. At the household level, a stable and regular income is necessary to maintain food security, but other aspects like the limited capacity to store foods reduce the capacity to maintain fresh products, and in some moments to take advantage of buying larger amounts of foods to store, limiting their diet diversity, plus limitans in food preparation capacity (energy source to cook meals), force them most of the times to buy processed foods or prepared meals⁵.

In this view, the objective of this research was to determine the food security level in some neighborhoods of the Ecatepec municipality, part of the conurbation of Mexico City, characterized by higher poverty rates and vulnerability, to establish the relationship between socioeconomic indicators and food environment perception with shopping habits. We hypothesize that in marginal urban zones, and low socioeconomic levels, food insecurity will be present, due mainly to the lack of adequate food access. This research was designed to develop an understanding of the direct perception of food environments by persons in a vulnerable situation, linked to food insecurity status.

Materials and methods

This cross-sectional research was based on a questionnaire with close questions within three modules: 1) food security level, employing the first six-question of the Food Security Mexican Survey, where no affirmative answer implies food security status, from 1 to 2 implies mild food insecurity status, from 3 to 4 moderated food insecurity status, and 5 to 6 severe food insecurity status⁶; 2) socioeconomic information about the household income, education level, government monetary support, the diseases that they know to suffer, and the body mass index, according to interviewer appreciation; and, 3) consumers' shopping behavior and the perception of the food environment (adapted from Kaiser *et al.*⁷). Before starting the questioning, interviewers explained the objective of the study, and oral consent was obtained. Surveys were conducted in places close to main food shopping places, like markets, supermarkets, and/or air-open markets, from August to October 2022, with an average duration of 25-35 min, and participants were recruited through purposive snowball sampling. A total of 350 surveys were conducted, analyzing only those with complete answers (289 in total).

Descriptive analysis was performed with the command PROC SURVEYFREQ in the SAS v. 9.1 statistical software to calculate the frequency and percent of the answers into the different food security levels clusters, according to the Food Security Mexican Survey, reporting Rao-Scott χ^2 and the significance (P value) to determinate the relationship of the survey answers with the food security level. Regression analysis was performed with the command PROC SURVEYLOGISTIC fitting generalized logit function (*glogit*). The procedure performs maximum likelihood estimation of the regression coefficients and calculated the estimated odds ratio and the confidence interval with the food security level "severe" as the reference category.

Results

According to the food security survey, most of the households presented a food insecurity status: 42% are in mild food insecurity, 10% in moderate food insecurity, and 9% in severe food insecurity. Only 39% presented food security status during the period of the study. The relationship between the food security level and the sociodemographic characteristics is listed in Table 1. For the household income level reported by the interviewed persons, there was a highly significant ($P < 0.01$) relationship with the food security level. Of the total, 38% said to have a medium income (level D+), but 32% perceived a lower income (level E). Households in both food security (16.96%) and mild food insecurity (16.61%) situations reported a D+ income, and households in moderate (4.84%) and severe (5.88%) food insecurity reported a lower income level. Regarding their schooling, there was as well a

significant ($P < 0.01$) relation between education and the food security level, where from the total, most of the people said to have attended high school (31%) and secondary (29%). High school was the most reported scholar level for persons in food security situations (14.19%), but the increase in food insecurity was inversely proportional to their educational level since persons in moderate (3.46%) and severe (2.77%) food insecurity presented a lower one. Since a high percentage of persons reported not having received any monetary help from the government (80.97%), there was not a consequentially significant ($P > 0.05$) relationship between this support and the food security level.

Regarding health issues, there was no significant ($P > 0.05$) relationship between the food security level and the illness that the persons said to suffer. Nonetheless, most of the surveyed persons said to have no illness (31.14%), followed by persons who do not know if they suffer from any illness (17.65%). After this, being overweight (26.96%), high blood pressure (12.11%), and diabetes (11.07%) were the most common illnesses. For the body mass index, there was a significant ($P < 0.01$) relationship between the food security level and this parameter, since from the total of surveyed persons 49% have a normal appearance, and 38% presented overweight. Persons with food security status were overweight (19.03%), whereas persons with food insecurity presented a normal BMI, according to the appreciation of the interviewer.

Table 1. Distribution of the sociodemographic characteristics (frequency, percent) according to food security level.

	Total (n=289)		Food security (n=113)		Mild insecurity (n=122)		Moderated insecurity (n=28)		Severe insecurity (n=28)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Household income in USD per month ($\chi^2 = 33.3684, P = 0.0009$)										
C+ (>\$1,760)	31	10.73	19	6.57	10	3.46	1	0.35	1	0.35
C (<\$1,759)	4	1.38	1	0.35	1	0.35	1	0.35	1	0.35
D+ (<\$583)	112	38.75	49	16.96	48	16.61	9	3.11	6	2.08
D (<\$342)	48	16.61	22	7.61	22	7.61	3	1.04	1	0.35
E (<\$136)	94	32.53	22	7.61	41	14.19	14	4.84	17	5.88
Education ($\chi^2 = 19.5422, P = 0.0210$)										
Primary	58	20.07	15	5.19	25	8.65	10	3.46	8	2.77
Secondary	82	29.41	26	9.00	42	14.53	9	3.11	8	2.77
High school	91	31.49	41	14.19	36	12.46	7	2.42	7	2.42
College	55	19.03	31	10.73	19	6.57	2	0.69	3	1.04
Food program ($\chi^2 = 3.3585, P = 0.3402$)										
Yes	55	19.03	20	6.92	26	9.00	7	2.42	2	0.69
No	234	80.97	93	32.18	96	33.22	21	7.27	24	8.30
Diseases ($\chi^2 = 19.3977, P = 0.3677$)										
Cholesterol	13	4.50	3	1.04	5	1.73	3	1.04	2	0.69
Diabetes	32	11.07	13	4.50	14	4.84	4	1.38	1	0.35
None	90	31.14	37	12.80	41	14.19	7	2.41	5	1.73
Do not know	51	17.65	16	5.54	20	6.92	5	1.73	10	3.46
Other	19	6.57	7	2.42	8	2.77	3	1.04	1	0.35
High pressure	35	12.11	12	4.15	16	5.54	3	1.041	4	1.38
Overweight	49	16.96	25	9.65	18	6.23	3	1.04	3	1.04
Body mass index ($\chi^2 = 25.7473, P = 0.0022$)										
Low	15	5.19	2	0.69	6	2.08	6	2.08	1	0.35
Normal	144	49.83	49	16.96	65	22.49	15	5.19	15	5.19
Obesity	20	6.92	7	2.42	10	3.46	1	0.35	2	0.69
Overweight	110	38.06	55	19.03	41	14.19	6	2.08	8	2.77

Source: Own elaboration based on statistical analysis output.



Table 2. Distribution of shopping habits (frequency, percent) according to food security level

	Total (n= 289)		Food security (n=113)		Mild insecurity (n=122)		Moderated insecurity (n=28)		Severe insecurity (n=28)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Place where do you purchase foods ($\chi^2 = 23.0390$, $P= 0.0839$)										
Market	80	27.68	30	10.38	36	12.46	7	2.42	7	2.42
Mini supermarket	50	17.30	23	7.96	20	6.92	3	1.04	4	1.38
Supermarket	60	20.76	33	11.42	19	6.57	5	1.73	3	1.04
Open-air food market	78	26.99	23	7.96	36	12.46	11	3.81	8	2.77
Grocery store	8	2.77	1	0.35	3	1.04	1	0.35	3	1.04
Convenience store	13	4.50	1	1.04	8	2.77	1	0.35	1	0.35
Place where do you shop by lower price ($\chi^2 = 14.6808$, $P= 0.4746$)										
Market	59	20.42	24	8.30	25	8.65	7	2.42	3	1.04
Mini supermarket	54	18.69	22	7.61	19	6.57	7	2.42	6	2.085
Supermarket	38	13.15	21	7.26	15	5.19	1	0.35	1	0.35
Open-air food market	115	39.79	38	13.15	52	17.99	11	3.81	14	4.84
Grocery store	8	2.77	4	1.38	2	0.69	1	0.35	1	0.35
Convenience store	15	5.19	4	1.38	9	3.11	1	0.35	1	0.35
Place to shop food closer to your home ($\chi^2 = 36.1237$, $P= 0.0017$)										
Market	50	17.30	18	6.23	15	5.19	11	3.81	6	2.08
Mini supermarket	58	20.07	24	8.30	24	8.30	4	1.38	6	2.08
Supermarket	24	8.30	8	2.77	13	4.50	1	0.35	2	0.69
Open-air food market	49	16.96	14	4.84	27	9.34	6	2.08	2	0.69
Grocery store	22	7.61	4	1.38	9	3.11	4	1.38	5	1.73
Convenience store	86	29.76	45	15.57	34	11.76	2	0.69	5	1.73
Place to buy healthier foods ($\chi^2 = 14.2801$, $P= 0.2832$)										
Market	100	34.60	38	13.15	35	12.11	13	4.50	14	4.84
Mini supermarket	43	14.88	20	6.92	17	5.88	3	1.04	3	1.04
Supermarket	32	11.07	14	4.84	16	5.54	1	0.35	1	0.35
Open-air food market	110	38.06	40	13.94	53	18.34	10	3.46	7	2.42
Grocery store	4	1.38	1	0.35	1	0.35	1	0.35	1	0.35
Place to buy fresh fruit and vegetables ($\chi^2 = 12.8665$, $P= 0.3788$)										
Market	91	31.49	38	13.15	29	10.03	12	4.15	12	4.15
Mini supermarket	16	5.54	8	2.77	5	1.73	1	0.34	2	0.69
Supermarket	22	7.61	9	3.11	11	3.81	1	0.34	1	0.35
Open-air food market	155	53.63	57	19.72	75	25.95	13	4.50	10	3.46
Grocery store	5	1.73	1	0.35	2	0.69	1	0.34	1	0.35
How easy is to find fresh fruits and vegetables in your neighborhood ($\chi^2 = 23.6982$, $P= 0.0048$)										
Very easy	127	43.94	63	21.80	45	15.57	9	3.11	10	3.46
Easy	40	13.84	12	4.15	25	8.65	2	0.69	1	0.35
More or less easy	101	34.95	30	10.38	47	16.26	13	4.50	11	3.80
Not easy	21	7.27	8	2.77	5	1.73	4	1.38	4	1.38
How satisfied are you with the ease to access foods in your neighborhood ($\chi^2 = 51.4221$, $P< 0.0001$)										
Very satisfied	89	30.80	42	14.53	37	12.80	7	2.42	3	1.04
Satisfied	43	14.88	13	4.50	27	9.34	2	0.69	1	0.35
More or less satisfied	136	47.06	56	19.37	53	18.34	14	4.84	13	4.50
Not satisfied	21	7.27	2	0.69	5	1.73	5	1.73	9	3.11

Source: Own elaboration based on statistical analysis output.

Table 3. Distribution of food environment perception (frequency, percent) according to food security level

	Total (n= 289)		Food security (n=113)		Mild insecurity (n=122)		Moderated insecurity (n=28)		Severe insecurity (n=28)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
How important is the nutritional value ($\chi^2 = 12.7016, P= 0.1766$)										
Very important	148	51.21	66	22.84	62	21.45	11	3.81	9	3.11
Important	105	36.33	35	12.11	43	14.88	14	4.84	13	4.50
More or less important	25	8.65	11	3.81	9	3.11	2	0.69	3	1.04
Not important	11	3.81	1	0.35	8	2.77	1	0.35	1	0.35
Household income is a barrier ($\chi^2 = 22.1970, P=< 0.0001$)										
Yes	151	52.25	44	15.22	65	22.49	22	7.61	20	6.92
No	138	47.75	69	23.88	57	19.72	6	2.08	6	2.08
How important is the price ($\chi^2 = 20.2718, P= 0.0163$)										
Very important	119	41.18	43	14.88	50	17.30	6	5.54	7	3.81
Important	122	42.21	49	16.96	59	20.42	16	2.08	11	2.42
More or less important	33	11.42	17	5.88	9	3.11	2	0.69	5	1.73
Not important	15	5.19	4	1.38	4	1.38	4	1.38	3	1.04
Transport or distance are a barrier ($\chi^2 = 4.9065, P= 0.1788$)										
Yes	40	13.84	10	3.46	19	6.57	5	1.73	6	2.08
No	249	86.16	103	35.64	103	35.64	23	7.96	20	6.92
Transportation ($\chi^2 = 12.7879, P= 0.1724$)										
Bicycle	22	7.61	4	1.38	11	3.81	4	1.38	3	1.04
Own car	38	13.15	20	6.92	14	4.84	1	0.35	3	1.04
Public transport	31	10.73	11	3.81	11	3.81	6	2.08	3	1.04
Walking	198	68.51	78	26.99	86	29.76	17	5.88	17	5.88

Source: Own elaboration based on statistical analysis output.

In the consumers' behavior and the perception of the food environment, there was no significant ($P>0.05$) relationship between the place to buy foods nor the place to buy food for the lower price, and the food security level. The closest place to buy foods has a highly significant ($P<0.01$) relationship with the food security level, where 29.76% of the total surveys reported that the grocery store was the closest place to their homes, followed by the mini supermarket (20.07%). The convenience store was the closest place to buy food for households in food security situations (15.57%), but for both moderate and severe food insecurity status the market was the closest place to buy food (3.81 and 2.08, respectively). When people were asked about where to buy healthier food, there was not a significant ($P>0.05$) relation between this place and the food security level, but most of the persons answered open-air food markets (38.06%) and markets (34.60%). In the same manner, the place to buy fresh fruit and vegetables showed no significant ($P>0.05$) relationship with the food security level (53.63% went to the open-air food market to buy fresh fruit and vegetables). However, when persons were asked about the ease of shopping for fresh fruit and vegetables, there was a highly significant ($P<0.01$) relationship between easy access to this type of foods and the food security situation, and from the total 44% reported that it was very easy; for those in a food security situation it

was the case for 21.80% of them, but for the households with food insecurity to find these types of foods was "more or less easy" to obtain. Finally, for the question about how satisfied they were with the facility to access food, a highly significant ($P<0.01$) effect was found on this parameter with the food security level. In general, 47% of the total said that they were "more or less" satisfied with the ease of buying food, a tendency observed in all the food security levels (Table 2).

Regarding the food environment (Table 3), about the importance of nutritional value, there was not a significant ($P>0.05$) relationship with food security level. When persons were asked about the importance of the food price, a significant ($P<0.01$) relationship was found, where a total of 42% said that food price was important. It was the case for households in food security (16.96%) and mild food insecurity (20.42%), whereas for households in moderate (5.54%) and severe food insecurity (3.81%) the food price was very important. There was a highly significant ($P<0.01$) relationship between household income as an obstacle to buying food and food security level, where above half (52.25%) answered affirmatively to this item. Only for households in food security situations (23.88%), the household income was not a barrier. Relating to the fact of transportation or distance as a barrier to getting food,

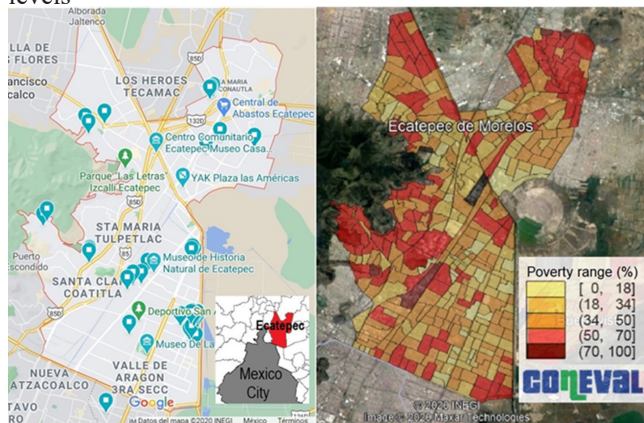


there was not a significant ($P>0.05$) relationship between this obstacle and food security level, with the predominant negative answer (67.13%). The mean of transportation employed when persons buy food did not represent a significant parameter ($P>0.05$) with the food security level, as most of the persons walk to buy their food (68.51%).

Discussion

In the municipality of Ecatepec, there were 40.8% of the population in poverty conditions, besides social deprivation, 35.3% without social security, and 20.0% with no access to adequate food (Figure 1)⁸. The food security levels found in this research were close to the reported in Mexico at the national level since above half of the households are in some degree of food insecurity⁹.

Figure 1. Places where surveys were taken (left, source: Google Maps, Ecatepec, 28 September 2022) and poverty levels



Source: Google Earth, Ecatepec, 28 September 2022.

According to the descriptive analysis, there are two factors with statistical incidence on food security status: income level and educational level. The low-income level is inherently related to the poverty situation. Mundo-Rosas *et al.*¹⁰ reported that households with lower socioeconomic levels are in a situation of food insecurity, where a high portion of their low income is destined to buy food. Based on the results of this research, income level was reflected in the food security level, since lower income means reduced capacity to buy food. The other significant factor is schooling, a higher level of education is implicitly linked to a better household income, and improved food security. Food insecurity perception is determined by the uncertainty and insufficiency of current income, resulting in vulnerability¹¹. Although the beneficiaries of social assistance programs improved the consumption of higher nutritional value foods¹⁰, in this research there was no effect of these kinds of programs, where persons probably destinate this money to other expenses besides food, like medicines (economical

supports are for third age persons and single mothers). Food insecurity and financial insecurity intersection with other economic and sociocultural influences are associated with lower energy and nutrient ingestion¹². Regarding education level, in developing countries, a higher level of education is associated with an increase in food security, since in the urban context shopping for food depends on income¹³. Severe food insecurity is directly related to educational level and per capita GDP^{11,14,15}. According to the OECD, income inequalities are blunt and persistently marked in some less developed regions and capital cities, such as Mexico, Colombia, Czech Republic, and Lithuania, based on GDP, where the relative poverty rate across OECD regions was around 21% in 2020, with the largest differences in Colombia and Mexico¹⁶.

Both education and income levels had a relationship with the food security level, where higher education does not necessarily correspond to a higher income because of the inequality and inequity of the classification levels in education and activity, besides sex and city. In addition, in general, obesity and diabetes fall on the person with limited resources and a low educative level¹⁷. There is a relationship between sociodemographic characteristics and diseases like diabetes or cholesterol in marginal urban zones with food insecurity conditions¹⁸. The socio-economic environment of a neighborhood definitively has an impact on the overweight prevalence throughout potential mediators at a community level that influences individual level, like grocery shops access, healthy restaurants, parks and sports facilities, and food price and availability¹⁹. These factors have a key role in food security due to calorie ingestion, independently of household economic status, since a higher food availability by itself is not healthier, unless the access to other goods and services was improved as well²⁰. These are the reasons to find obesity in people in a food security situation, in contrast to a person in a food insecurity status, where malnutrition implies skipping meals or eating less food.

The way people conduct their shopping behaviors revealed no relationship preference between the main place to purchase foods, looking for the lower price, or buying healthier foods, and finding fruits and vegetables. This could be due to economic restriction, since grocery shops or mini supermarkets were the closest places to buy food for persons in food security status, implying the consumption of high caloric content foods, at a relatively higher cost. In contrast, markets were the closest place to get food for families with lower food security status (moderate and severe). In any case, the food options are barely satisfactory since for most people it was easy to find fruit and vegetables and they were, in general, “more or less satisfied” with the food offered in the neighborhood.

Logistic regression showed that food expenditures were an important concern for the families, and they would like to have access to diverse kinds of foods in their neighborhoods, since it was very easy to find healthy foods such as fresh fruits and vegetables, and access to affordable foods must be improved. The cost of food was important in food acquisition since income and price were a barrier to buying the food that people desire. Economic factors, such as money availability to buy healthy foods, are determinants of diet quality²¹. For marginal groups in big cities, food price is the dominant factor in the purchase decision, and economic restrictions to households with lower incomes result in food insecurity²². Nonetheless, establishing a relationship between socioeconomic status and nutritional and health status is not easy due to household heterogeneity²³, since the household heterogeneity income on nutrients ingestion and the response to the rise in food prices has different levels²⁴.

There are households in the same city areas with different geographic access to food and different food security levels, where households with different income patterns obtain foods differently in the same food environment (home, neighborhood, and city as a set)²⁵. Food accessibility is mainly a geographic notion, where perception measures can include security in walking routes and/or public transportation²⁵. Since transport costs could influence the funds to buy food, local access to foods within walking distance is a favorable determining factor²⁶, and hence affordable foods must be close to the households with food insecurity status. According to our results, not even an open-air market or supermarket was the closest place to buy food. Open-air or streets markets offer lower prices since most of the vendors have their transport and the local taxes that they must pay to the municipality are marginal, permitting them to sell their merchandise through a vendor organization in determined and itinerant locations, usually, one day per week. Although supermarkets present several advantages like food freshness and healthfulness, other concerns like food price change, besides the concern for the environment and society are well perceived by consumers with the benefits of convenience, hygiene, and lower waste²⁸. According to Minten and Reardon²⁹ supermarkets anticipate traditional food retailers since the scale economy allows them to offer lower prices, and poor consumers take advantage to buy processed foods since fresh products are more expensive than in open-air food markets.

According to the present results the representative sample population within this demarcation perceived that their household income was a barrier during food shopping, irrespectively of the food security level, since the price was also important, although they said to be satisfied with the food that they could easily find in their neighbourhoods. Nonetheless, the spatial access to food in poor marginal

areas, such as the municipality of Ecatepec, must change in order to offer an affordable variety of foods for these families, since although the available food supplies facilities seem to generate a static food desert, due to the lack of cheaper foods to increase shopping satisfaction, where open-air food markets must be the place to find food at a lower price. Future research attention should be focused on understanding shopping behaviour and determining the number and locations of food stores, also determining the availability of open-air food markets to suggest a more frequent presence or allow other producers to offer food in a similar marketing scheme.

The strength of this research is referred to the face-to-face survey process, since this kind of interactions promotes reflexivity, this is the direct documenting of how persons perceive physical and psychologically their food environment, instead the use of unpersonal metadata from another sources, as INEGI. The obvious limitation is the sample size, but surveys were applied in representative areas that can be extrapolated to similar vulnerability conditions in other cities.

Conclusion

The food security level among the Ecatepec neighborhoods was predominantly the consequence of the socioeconomic conditions, like limited educational level and low household income level, resulting in an insufficient diet based on the food that they can provide. Places to buy foods seem to be sufficient since there is no preference for where to buy, by distance or price, finding fresh fruits and vegetables, representing a healthy -cheap and affordable- diet. Nonetheless, since the barriers to buying foods were price and income, limiting the quality and amount of food to buy, it suggests a static food desert environment, denoting the necessity to expand open-air markets operation, to bring affordable and healthy food to poor neighborhoods in conurbation capital cities areas. Thus, social inequalities in this vulnerable urban demarcation into Mexico City metropolitan area are the result of different food security levels, with a consequence on each person's health, like being overweight, but the food environment is benevolent, with purchasing power as the main constraint. Enhancing the affordable foods offered is necessary to improve food insecurity status for families living in poor neighborhoods.

Conflict of interest

The author has no conflict of interest to declare.

Ethical consideration

This study was estimated as exempted by the internal ethical committee board since there were no interventional procedures within the research protocol and the recollected personal confidential information will not be made public.

Contributions of the authors

Conceptualization: A.T.; Formal Analysis: A.T.; Investigation: A.T.; Methodology: A.T.; Visualization: A.T.; Writing ³/₄ review and editing: A.T.

Acknowledges

To M.Sc. Adriana Espinoza-Villeda, at Health, Biological and Environmental Sciences Division, Universidad Abierta y a Distancia de México (UNADM) for her value advice in this research.

Financing

The author declares no financial or proprietary interests in any material discussed in this article.

References

1. Tarasuk V, Beaton GH. Women's dietary intakes in the context of household a food insecurity. *J Nutr.* 1999; 129:672-9. Available in: <https://doi.org/10.1093/jn/129.3.672>
2. Foschiatti AHM. Vulnerabilidad global y pobreza. *Rev Geog Digital.* 2004; 1:1-20. Available in: <https://doi.org/10.30972/geo.122589>
3. Thomas BJ. Food deserts and the sociology of space: distance to food retailers and food insecurity in an urban American neighborhood. *Int J Hum Soc Sci.* 2010; 4(7):1545-54. Available in: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1076064>
4. Donkin AJM, Dowler EA, Stevenson SJ, Turner S. Mapping access to food in a deprived area: The development of price and availability indices. *Pub Health Nutr.* 2000; 3:33-8. Available in: <https://doi.org/10.1017/S1368980000000057>
5. Battersby J, Crush J. The making of urban food deserts. In: Crush J, Battersby J, eds. *Rapid Urbanisation, Urban Food Deserts and Food Security in Africa.* Cham: Springer; 2016. Available in: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43567-1_1
6. Villagómez-Ornelas P, Hernández-López P, Carrasco-Enríquez B, Barrios-Sánchez K, Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñón H. Validez estadística de la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria y la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria. *Salud Pública de México.* 2014; 56(Supl. 1):s5-s11. Available in: <https://doi.org/10.21149/spm.v56s1.5160>
7. Kaiser ML, Carr JK, Fontanella S. A tale of two food environments: Differences in food availability and food shopping behaviors between food insecure and food secure households. *J Hunger Environ Nutr.* 2017; 14(3):297-317. Available in: <https://doi.org/10.1080/19320248.2017.1407723>
8. Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2023. México. Ecatepec de Morelos. Available in: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/793527/15033-EcatepecDeMorelos23.pdf>
9. Valencia-Valero RG, Ortiz-Hernández L. Disponibilidad de alimentos en los hogares mexicanos de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria. *Salud Pública de México.* 2014; 56:154-64. Available in: <https://doi.org/10.21149/spm.v56i2.7331>
10. Mundo-Rosas V, Unar-Munguía M, Hernández-F M, Pérez-Escamilla R, Shamah-Levy T. La seguridad alimentaria en los hogares en pobreza de México: una mirada desde el acceso, la disponibilidad y el consumo. *Salud Pública de México.* 2019; 61:866-75. Available in: <https://doi.org/10.21149/10579>
11. Félix-Verduzco G, Aboites-Manrique G, Castro-Lugo D. La seguridad alimentaria y su relación con la suficiencia e incertidumbre del ingreso: un análisis de las percepciones del hogar. *Acta Univ.* 2018; 28:74-86. Available in: <https://doi.org/10.15174/au.2018.1757>
12. Tarasuk VS. Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances. *J Nutr.* 2001; 131(10):2670-6. Available in: <https://doi.org/10.1093/jn/131.10.2670>
13. Mutisya M, Ngware MW, Kabiru CW, Kandala N-B. The effect of education on household food security in two informal urban settlements in Kenya: a longitudinal analysis. *Food Sec.* 2016; 8(4):743-56. Available in: <https://doi.org/10.1007/s12571-016-0589-3>

14. De Haro-Mota R, Marcelaño-Flores S, Bojórquez-Serrano JI, Nájera-González O. La inseguridad alimentaria en el estado de Nayarit, México, y su asociación con factores socioeconómicos. *Salud Pública de México*. 2016; 58:421-7. Available in: <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8022>
15. Díaz-Carreño MÁ, Sánchez-León M, Díaz-Bustamante A. Inseguridad alimentaria en los estados de México: un estudio de sus principales determinantes. *Econ Soc Terr*. 2016; 16:459-83. Available in: <https://doi.org/10.22136/est002016818>
16. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *OECD Regions and Cities at a Glance 2022*. OECD Publishing, Paris. Available in: <https://doi.org/10.1787/14108660-en>
17. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Rivera-Dommarco JA. La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. *Salud Pública de México*. 2014; 56(Supl. 1):S79-S85. Available in: <https://doi.org/10.21149/spm.v56s1.5169>
18. Ramsey R, Giskes K, Turrell G, Gallegos D. Food insecurity among adults residing in disadvantaged urban areas: potential health and dietary consequences. *Public Health Nutr*. 2011; 15:227-37. Available in: <https://doi.org/10.1017/S1368980011001996>
19. Jaime PC, Duran AC, Sarti FM, Lock K. Investigating environmental determinants of diet, physical activity, and overweight among adults in Sao Paulo, Brazil *J Urban Health* 2011; 88(3):567-81. Available in: <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9537-2>
20. Iram U, Butt MS. Determinants of household food security: An empirical analysis for Pakistan. *Int J Social Econ*. 2004; 3:753-66. Available in: <https://doi.org/10.1108/03068290410546011>
21. Drisdelle C, Kestens Y, Hamelin A-M, Mercille G. Disparities in access to healthy diets: how food security and food shopping behaviors relate to fruit and vegetable intake. *J Acad Nutr Diet*. 2020; 120:1847-58. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.03.020>
22. Dachner N, Ricciuto L, Kirkpatrick SI, Tarasuk V. Food purchasing and food insecurity among low-income families in Toronto. *Can J Diet Pract Res*. 2010; 71(3):e50-6. Available in: <https://doi.org/10.3148/71.3.2010.127>
23. Mashingaidze N, Ekesa B, Ndayisaba CP, Njukwe E, Groot JCJ, Gwazane M, Vanlauwe B. Participatory exploration of the heterogeneity in household socioeconomic, food, and nutrition security status for the identification of nutrition-sensitive interventions in the Rwandan highlands. *Front Sust Food Sys*. 2020; 4: 47. Available in: <https://doi.org/10.3389/fsufs.2020.00047>
24. You J, Imai KS, Gaiha R. Declining nutrient intake in a growing China: does household heterogeneity matter? *World Dev*. 2016; 77:171-91. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2015.08.016>
25. Caspi CE, Sorensen G, Subramanian SV, Kawachi I. The local food environment and diet: a systematic review. *Health Place* 2012; 18:1172-87. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.05.006>
26. Kirkpatrick S, Tarasuk V. Assessing the relevance of neighborhood characteristics to the household food security of low-income Toronto families. *Pub Health Nutr*. 2010; 13:1139-48. Available in: <https://doi.org/10.1017/S1368980010000339>
27. Rajagopal. Street markets influencing urban consumer behavior in Mexico. *Latin Am Bus Rev*. 2010; 11:77-110. Available in: <https://doi.org/10.1080/10978526.2010.487028>
28. Stanton JV. Changing consumer preferences in emerging markets: food market challenges in central Mexico. *J Food Prod Mark*. 2019; 25:378-403. Available in: <https://doi.org/10.1080/10454446.2019.1566807>
29. Minten B, Reardon T. Food prices, quality, and quality's pricing in supermarkets versus traditional markets in developing countries. *Rev Agricult Econ*. 2008; 30:480-90. Available in: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9353.2008.00422.x>

Eficacia de una intervención familiar en duelo complicado por ruptura de pareja en atención primaria

Efficacy of a family intervention in grief complicated by couple breakup in primary care

Sara Minerva Medina-Martínez¹, Rosa María Sánchez-Rodríguez², Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez³,
María Isabel Ávalos-García⁴, Cesar Augusto de la O-León⁵, María Luisa Castillo-Orueta⁶

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5715

Artículo Original

• Fecha de recibido: 4 de diciembre de 2023 • Fecha de aceptado: 22 de febrero de 2024 • Fecha de publicación: 12 de abril de 2024

Autor de correspondencia

María Isabel Avalos-García; Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.

Dirección postal: Calle Macayo S/N Colonia el Recreo, Villahermosa, Tabasco, México. CP. 86029

Correo electrónico: isaavalos67@hotmail.com; garridoperezsilvia2@gmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar la eficacia de una intervención familiar en duelo complicado por ruptura de pareja.

Materiales y método: Investigación con enfoque mixto de intervención en tres etapas (diagnóstica-implementación-evaluación). En la primera se realizó estudio observacional, transversal, descriptivo, con muestra aleatoria simple con remplazo n=99. Se aplicó "Escala de Distrés por Ruptura Amorosa" de Field y APGAR familiar de Smilkstein, previo consentimiento informado. Se incluyeron cinco familias con duelo complicado y disfunción familiar. Se emplearon métodos y técnicas de trabajo con familia. En la tercera etapa se utilizó diseño cuasi experimental con pretest y posttest de duelo complicado y APGAR familiar. Para la captura y análisis de datos se empleó el SPSS V25, con estadística descriptiva y analítica con prueba t de student.

Resultados. Fueron mujeres 81.8%, con edad T=34,19-29 37.4%, bachillerato 37.4%, separados 59.6%, divorciados 49.4%. Con duelo complicado 14%, disfunción familiar 13%. Las familias con duelo complicado fueron disfuncionales 53.8%. Los factores de riesgo: conflicto en subsistema paterno filial, adicciones, economía. Factores protectores: grupos religiosos, artísticos, educativos y médicos. Las acciones se centraron en intervención cognitivo-conductual-emocional. En evaluación pretest/posttest, el duelo complicado presentó diferencia de medias de $T=8.500$, ± 8.925 , e IC95%: Li: 3.347 Ls:13.653, con t de student=3.564 y gl=13 y valor de $p=0.003$, estadísticamente significativo, diferencia de medias para Apgar familiar de $T= 3.357$ con ± 1.946 , IC95%: Li:2.234, Ls:4.481 con t de student=6.456 y gl=13, valor de $p=0.001$, estadísticamente significativo.

Conclusiones: El efecto de la intervención familiar modificó el duelo complicado y mejoró la dinámica y funcionalidad familiar.

Palabras claves: Medicina familiar; Trastorno de duelo Prolongado; Divorcio; Espiritualidad; Familia Monoparental.

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of a family intervention in grief complicated by a couple breakup.

Materials and method: Research with a mixed intervention approach in three stages (diagnosis-implementation-evaluation). In the first, an observational, cross-sectional, descriptive study was carried out, with a simple random sample with replacement n=99. Field's "Romantic Breakup Distress Scale" and Smilkstein's family APGAR were applied, with prior informed consent. Five families with complicated grief and family dysfunction were included. Methods and techniques of working with family were used. In the third stage, a quasi-experimental design was used with pretest and posttest of complicated grief and family APGAR. SPSS V25 was used to capture and analyze data, with descriptive and analytical statistics with Student's t test.

Results: They were women 81.8%, with age T=34,19-29 37.4%, high school 37.4%, separated 59.6%, divorced 49.4%. With complicated grief 14%, family dysfunction 13%. Families with complicated grief were dysfunctional 53.8%. Risk factors: conflict in paternal-filial subsystem, addictions, economy. Protective factors: religious, artistic, educational and medical groups. The actions focused on cognitive-behavioral-emotional intervention. In pretest/posttest evaluation, complicated grief presented a mean difference of $T=8.500$, ± 8.925 , and 95% CI: Li: 3.347 Ls:13.653, with student's $t=3.564$ and $df=13$ and p value=0.003, statistically significant, mean difference for family Apgar of $T= 3.357$ with ± 1.946 , 95% CI: Li:2.234, Ls:4.481 with student's $t=6.456$ and $df=13$, p value=0.001, statistically significant.

Conclusions: The effect of the family intervention modified complicated grief and improved family dynamics and functionality. Conclusions: The effect of the family intervention modified complicated grief and improved family dynamics and functionality.

Keywords: Family Practice; Prolonged Grief Disorder; Divorce; Spirituality; Single-Parent Family.

¹ Residente de la Especialidad en Medicina Familiar del Centro de Atención Integral Familiar (CAIF) Tierra Colorada, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.

² Maestra en Sistemas de Calidad. Médico especialista en Medicina Familiar, subespecialista en terapia familiar del Centro de Atención Integral Familiar (CAIF) de Tierra Colorada, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.

³ Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Villahermosa, Tabasco, México.

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.

⁵ Especialista en Medicina Familiar. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.

⁶ Doctora en Ciencias de la Educación. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.

Introducción

En las últimas décadas la estructura de la familia ha sufrido innumerables modificaciones. Los cambios dramáticos económicos y sociales han promovido el paso de un matrimonio tradicional, fundado sobre la pareja y una descendencia numerosa a un aumento de parejas en unión libre, separaciones y divorcios, familias monoparentales, familias reconstruidas y nacimientos fuera del matrimonio. La variedad de familias o nuevas formas de instituciones familiares, de pareja o de convivencia que se observan, forman ciertos contextos históricos o socioculturales que ponen a reflexionar acerca de las modalidades para tratar estas “nuevas formas de familia”. Para entender el surgimiento de las mismas se tiene que comprender que existe una crisis de la “institución matrimonial”¹.

Una crisis es un evento traumático o estresante que se vive de manera personal o familiar, causando pérdida de la homeostasis familiar. Los eventos críticos son de dos tipos: crisis normativa cuando son situaciones esperadas y están en relación con las etapas del ciclo vital familiar como el nacimiento de un hijo, matrimonio, adolescencia y menopausia; mientras que las crisis paranormativas son inesperadas como en el caso del divorcio, ruptura de pareja, desempleo, suicidio, infidelidad y adopción².

La ruptura de pareja constituye una crisis paranormativas que afecta los aspectos económicos, psicológicos y sociales de la vida de todos los integrantes de la familia; originando nuevas crisis como ansiedad, pérdida de la autoestima, cambios de vivienda, redefinir la relación con los amigos, redefinir los roles en casa y manejar la situación con los hijos³.

En México de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) durante 2022 se registraron 166 766 divorcios: un incremento de 11.4 % con respecto a 2021. La tasa nacional de divorcios por cada mil habitantes de 18 años pasó de 1.39 en 2013 a 1.86 en 2022. En Tabasco la tasa nacional de divorcios en el 2022 fue de 1.53. Es necesario destacar que, durante el año 2020, con la llegada de la Pandemia por COVID-19, el número de divorcios reportados disminuyó por cierre de oficinas públicas⁴.

“Una separación o ruptura de pareja es un acontecimiento estresante y complejo a nivel emocional que modifica la estructura familiar”. Se experimenta como pérdida de un proyecto en común y de muchas ilusiones personales. No es fácil superar una ruptura, pero es muy importante saber que esta y otras pérdidas emocionales pueden superarse⁵.

La ruptura de pareja resulta ser una situación difícil para las familias especialmente cuando hay hijos de por medio. Un ejemplo claro son los conflictos entre los padres para

determinar la custodia del menor, dando como consecuencia cambios de estatus (económicos, vivienda, escuela) en la dinámica y funcionalidad familiar (roles, reglas, jerarquías, límites, coaliciones, triangulaciones, parentalización). Muchas familias también sufren aislamiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, pérdida de autovalidación, sentimientos de tristeza, culpa, enojo y frustración. Sin embargo, muchas veces la ruptura de pareja también es una decisión necesaria y visible cuando la familia transita por violencia. Por lo cual es una prioridad para el médico familiar identificar los factores de riesgo y protectores para restablecer la homeostasis familiar⁶.

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras una pérdida, Borgeois refiere al duelo como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores, rituales y el proceso psicológico y evolutivo consecutivo a la pérdida”⁷.

El duelo a menudo se manifiesta en forma de muerte y algunos de los síntomas de la depresión son parte de esta fase dolorosa. Sin embargo, el concepto de “duelo” también puede aplicarse a un proceso psicológico y psicosocial de gran dolor y sufrimiento experimentado ante diversos tipos de pérdidas, por ejemplo: un ser querido, un año académico, interrupción de estudios, cambio de domicilio, separación, divorcio, diagnóstico de enfermedad, invalidez, problemas económicos⁸.

En la actualidad el divorcio lleva a experimentar un proceso de pérdida, en donde los miembros de la familia transitan. Existen múltiples causas por las cuales el duelo se complica como la dependencia emocional, económica, psicológica, social y ciertos factores de riesgo en la familia⁹.

Un duelo complicado o patológico se da cuando el proceso del duelo normal no sigue su curso esperado, trayendo importantes alteraciones en el funcionamiento de la persona e interfiriendo para dar sentido y futuro a su vida. La diferencia entre duelo normal y duelo complicado no está en la presencia o ausencia de las manifestaciones sino en la intensidad y duración que experimenta la persona¹⁰.

Uno de los aspectos importantes del abordaje del duelo complicado es la identificación de los factores de riesgo, así como factores protectores. En estos casos la intervención familiar es oportuna y según Doherty y Baird consta de cuatro niveles con base al grado de participación familiar. En este proceso se permite realizar una estrategia en cada nivel con el uso de herramientas y habilidades para su abordaje. Un ejemplo es el mínimo énfasis, información y consejería informativa, sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis, evaluación funcional e intervención planificada, conocida como trabajo con familia y terapia familiar¹¹.

Los autores que han manejado el modelo de trabajo con familia son Ives Talbot, descrito inicialmente en Canadá y continuado por Janet Christie-Sealy y Teófilo Garza, quienes señalan la importancia de un manejo integral biopsicosocial. Este modelo le da identidad al médico familiar y lo diferencia del resto de las especialidades, al contar con habilidades conceptuales, perceptuales, ejecutivas para establecer intervenciones biopsicosociales y espirituales. El objetivo de las intervenciones es restablecer la salud familiar y recuperarla a través del diagnóstico y tratamiento adecuado. El médico familiar en atención primaria generalmente se enfrenta a diferentes problemas tanto de tipo biológico, como psicológico, social y espiritual. Un campo de estudio es analizar la magnitud y el impacto en la familia de las crisis paranormativas. En tal sentido es esencial valorar el enfoque preventivo y realizar guías anticipadas. Esta tarea tiene el objetivo de saber cuándo es pertinente una mayor o menor intervención del médico familiar en la participación de la familia para resolver la problemática¹².

Dadas las consideraciones anteriores, es esencial que el médico vea a la familia como un sistema y la aborde de manera oportuna con un enfoque integral para fortalecer y restablecer la salud individual y familiar. A pesar de que la ruptura de pareja va en aumento y el duelo que genera puede complicarse, aún se cuenta con escasas investigaciones que brinden herramientas desde la perspectiva de la intervención del médico familiar.

Bajo este argumento, se tiene como objetivo evaluar la eficacia de una intervención familiar en fase de duelo complicado por ruptura de pareja mediante un enfoque multidisciplinario sistémico, con el empleo de métodos, técnicas y herramientas para mejorar la dinámica y funcionalidad familiar.

Material y métodos

Intervención familiar con enfoque mixto realizada en el Centro de Atención Integral a las familias (CAIF) en el estado de Tabasco en México, durante el periodo comprendido de noviembre de 2021 a octubre de 2023. El estudio se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, de implementación y de evaluación. En la primera se realizó estudio observacional, transversal, descriptivo, con muestra aleatoria simple con remplazo. Se estimó el tamaño de muestra ($n=118$) mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un universo $N=6,782$ que es la población mayor de 19 años que es atendida en el CAIF, con un intervalo de confianza del 95% (.95) con una tasa de pérdida de 20% (0.2) se obtuvo un 83.8% de la muestra calculada, presentando una pérdida de un 16.1%, al final se estudiaron ($n=99$) pacientes. En esta muestra se identificaron las características sociodemográficas, relación con la expareja, variables clínicas y familiares. Se aplicó el cuestionario pretest para medir el Duelo complicado por

ruptura de pareja con el instrumento “Escala de Distrés por Ruptura Amorosa” (BDS “Breakup Distress Scale”) el cual fue creado en el año 2009 por Field¹³. Para evaluar la funcionalidad familiar e identificar las dimensiones afectadas, se aplicó el instrumento Apgar familiar de Smilkstein¹⁴. Posterior a eso se identificaron pacientes con duelo complicado y disfuncionalidad familiar, quedando siete pacientes a los que se les invitó a participar para la etapa de intervención, de los cuales cinco familias aceptaron previo consentimiento informado.

En la segunda etapa se realizó la intervención familiar con un promedio de 10 a 12 sesiones presenciales, con una duración de 50 minutos para la atención centrada en la familia bajo la dimensión biológica, psicológica, social y espiritual, la cual consiste en brindar una atención multidisciplinaria con la ayuda del equipo de salud, integrado por médicos familiares, enfermería, psicología, nutrición, estomatología, trabajo social y con oportunidad de referencia a psiquiatría. Durante esta fase se emplearon métodos y técnicas de trabajo con la familia enfatizando las reglas básicas de Moore¹⁵; las estrategias y técnicas de intervención utilizadas fueron: *cognitivas* (con sesiones educativas sobre el proceso del duelo y clarificación de síntomas del duelo, factores que pueden dificultar la elaboración y el entorno familiar del duelo, la importancia de la familia como una red de apoyo). *Conductual* (se identificaron y cambiaron conductas de riesgo, se trabajó en la identificación de los recursos personales, familiares y sociales, reforzamiento positivo de conductas adaptativas, actividades agradables en familia). *Emocional* (escucha activa, apoyo emocional, estabilizar los procesos emocionales, identificar y expresar las emociones con herramientas como: termómetro de las emociones, cinco lenguajes del amor, clarificación de valores, tanque emocional de Shakespeare, escalera de la espiritualidad, metáforas del río, carta de despedida, fortalezas de carácter, técnica de la silla vacía), intervención en crisis, entrevista estructurada, guías anticipadas, cumplimiento de las tareas del desarrollo, funciones y roles familiares, clarificación de los subsistemas familiares con sus límites, jerarquías, parentalización, reforzamiento de la comunicación y afectividad. Se realizaron acciones de salud como promoción y prevención de la salud: educación en hábitos saludables, tamizaje, salud bucal, vacunación y enfermedades crónico-degenerativas y referencia oportuna a psicología, clínica de adicciones y psiquiatría con base a las necesidades de cada familia. En la tercera etapa se evaluó el efecto de la intervención familiar a través del progreso de la familia y los síntomas del duelo mediante el postest (BDS “Breakup Distress Scale”)¹³, e instrumento Apgar familiar de Smilkstein¹⁶.

Para el procesamiento y análisis de los datos, se empleó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0). Se realizó estadística descriptiva e inferencial. Las

variables cuantitativas se analizaron mediante las medidas de tendencia central y dispersión, para las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa. La estadística inferencial se realizó para comparar la hipótesis del modelo de intervención a partir de la prueba T de Student para la comparación de muestras relacionadas antes y después de su implementación.

Resultados

Características sociodemográficas, clínicas y familiares

De la población estudiada se obtuvo que la mayoría fueron mujeres 81.8% (81), con media de edad de $\bar{X}=34$ años y $S=9.86$ años, con edad mínima de 19 y máxima de 71, el grupo de edad que predominó fue 19-29 años 37.4% (37), con estudios de bachillerato 37.4% (37).

Estado civil separados 59.6% (59), divorciados 40.4% (40), estrato socioeconómico medio bajo 45.5% (45), de ocupación empleados 53.5% (53), religión católica 50.5%. (50).

La mayoría de las parejas procrearon un hijo 35.4% (35), tiempo de ruptura de 25-48 meses 29.3% (29), 13-24 meses 27.3% (27), sin una pensión alimenticia 57.6% (57), sin dependencia económicamente de su expareja 15.2 % (15).

Los sentimientos que predominaron al momento de la ruptura fue de tranquilidad 80.8% (80) tristeza 7% (7), enojo 4% (4) resentimiento 3% (3) no lo cree 2% (2) miedo 1% (1), no recibieron atención psicológica previa 65.7% y no llevaron tratamiento para depresión o ansiedad 96% (96).

Según la tipología familiar, predominaron las familias monoparentales 81.1% (81), con hijos preescolares 24.2% (24) e hijos escolares 15.2% (15).

La mayoría de las familias fueron funcionales 86.87% (86), seguido de las familias disfuncionales con un 13.13% (13) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la funcionalidad

VARIABLES	f	%
Disfuncional	13	13.13
Funcional	86	86.87
Total	99	100.00

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos y familiares n=99

Características de los pacientes con ruptura de pareja y duelo complicado

El porcentaje de las familias estudiadas que presentaron duelo complicado fue del 14.10% (14) (Tabla 2).

Tabla 2. Características del duelo complicado

VARIABLES	f	%
Duelo complicado	14	14.10
Sin duelo complicado	85	85.90
Total	99	100.00

Fuente: Encuesta de duelo complicado y función familiar n=99.

Las familias con duelo complicado y disfunción familiar representaron el 50.0% (7), con una $X^2=19.431$, $g^2= 1$, un valor de $p= 0.001$, siendo estadísticamente significativa (Tabla 3).

Resultados post intervención

Las medias obtenidas en el duelo complicado pre-intervención fue $\bar{X}= 30.57$, con una $\hat{s}\pm 14.02$ y en el pos -test de $\bar{X}=22.07$, con $\hat{s}\pm 6.12$ (tabla 4).

En la tabla 5 se puede demostrar que la intervención realizada a las familias seleccionadas con duelo complicado por ruptura de pareja, tuvo un efecto positivo, ya que de tener alteraciones en el duelo complicado transitaron a un duelo resuelto. Después de comparar el pre-test y el pos-test del instrumento de duelo complicado, se obtuvo una diferencia de medias de $\bar{X}= 8.500$ con una $\hat{s}\pm 8.925$, un IC 95%: Li :3.347 Ls :13.653, con una t de Student = 3.564 y $g^2= 13$, así como un valor de $p= 0.003$, estadísticamente significativo.

Comprobación de la diferencia de las medias, a través de la prueba de t de Student, para la escala de funcionalidad familiar pre-test y pos-test.

Las medias obtenidas en funcionalidad familiar pre-intervención fue $\bar{X}= 5.00$ con una $\hat{s}\pm 2.542$ y en el pos -test de $\bar{X}= 8.36$, con $\hat{s}\pm 1.336$. La intervención familiar realizada a las familias pre-test y pos-test del instrumento Apgar familiar obtuvo una diferencia de medias de $\bar{X}= 3.357$ con una $\hat{s}\pm 1.946$, un IC 95%: Li :2.234, Ls :4.481 con una t de Student = 6.456y $g^2= 13$, así como un valor de $p=0.001$, estadísticamente significativo. Con los resultados anteriores podemos concluir que la intervención familiar mejoró la funcionalidad de las familias con duelo complicado por ruptura de pareja (Tabla 6).

Discusión

Los resultados de este estudio revelan que la intervención familiar enfocada a la fase de duelo complicado por ruptura de pareja tuvo un efecto positivo en la dinámica y funcionalidad familiar, de tal manera que las familias que cursaban con un duelo complicado lograron restablecer la salud familiar mediante la intervención cognitivo, conductual, emocional. Estos datos coinciden con lo publicado en México por

Tabla 3. Duelo complicado y funcionalidad familiar

Característica Familiares			Duelo complicado	Sin Duelo complicado	Total	X ² p≤05	gl	Valor de
								p≤05
Funcionalidad familiar	Disfuncional	f	7	6	13	19.431a	1	0.001
		%	50.00%	7.10%	13.10%			
	Funcional	f	7	79	86			
		%	50.00%	92.90%	86.90%			
Total %		f	14	85	99			
			100.00%	100.00%	100%			

Fuente: Encuesta características familiares

Tabla 4 . Prueba T de Student para muestras emparejadas en duelo complicado por ruptura de pareja

Escala Duelo complicado	T	N	S	Estándar error medio
Duelo complicado post	22.07	14	6.12	1.636
Duelo complicado pre	30.57	14	14.02	3.747

Fuente: Instrumento BDS

Tabla 5. Prueba T de Student: Diferencia de medias de duelo complicado por ruptura de pareja

Instrumento de duelo complicado	T	Desviación estándar	Desv. error del promedio	Intervalo de confianza del 95% de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Duelo complicado Post	8.500	8.925	2.385	3.347	13.653	3.564	13	0.003
Duelo complicado Pre								

Fuente: Instrumento BDS

Tabla 6. Prueba T de Student: Diferencia de medias de funcionalidad familiar por ruptura de parejas.

Escala de Apgar	T	Desviación estándar	Desv, error del promedio	Intervalo de confianza del 95% de la diferencia.		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Apgar Post	3.357	1.946	.520	2.234	4.481	6.456	13	.001
Apgar Pre								

Fuente: Apgar familiar

Valdez y colaboradores donde se observó que el empleo de una intervención similar resultó muy efectiva para resolver el duelo por ruptura amorosa¹⁷.

En este estudio se emplearon técnicas relacionadas con la búsqueda de los recursos, y se trabajó para lograr la comunicación asertiva, así como fortalecer las tareas básicas del desarrollo e identificar los factores protectores con los que cuenta la familia. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en México por Gutiérrez y colaboradores donde emplearon un modelo de trabajo con familia para el

fortalecimiento de las tareas, adopción de reglas, límites, resolución de problemas y para mejorar la funcionalidad en familias multiproblemáticas¹⁸.

Un factor de riesgo importante encontrando en las parejas en fase de duelo complicado en este estudio fue el nivel socioeconómico bajo, dato que es similar con el estudio de Romero¹⁹ y Barreto²⁰ en España y Kersting²¹ en Alemania donde una mala situación económica familiar predice un peor pronóstico de duelo y malestar emocional.

Espinosa Sierra señala que los sentimientos derivados del duelo por una ruptura de pareja están relacionados con el llorar, la tristeza, enojo, baja autoestima, entre otros, estos resultados concuerdan en nuestro estudio con las emociones expresadas por las parejas en duelo complicado²².

Dentro de las familias intervenidas con duelo complicado se encontró que tuvieron en promedio dos hijos en edad escolar, en este contexto las tendencias generales demuestran que la ruptura de pareja puede generar efectos nocivos en los niños más pequeños, y algunos investigadores postulan que el divorcio de los padres antes de los 6 años plantea un riesgo particular de dificultades emocionales y conductuales posteriores²³.

En dos familias con duelo complicado en nuestro estudio se observó como un factor de riesgo el abuso en el consumo de alcohol y tabaco. Dato similar se observó en un estudio en Alemania en el que las personas con abuso de sustancias tuvieron un mayor riesgo de desarrollar posteriormente un duelo complicado, particularmente cuando el aumento en el consumo de sustancias precedía al duelo. Por el contrario, el duelo complicado predijo aumentos en la dependencia del tabaquismo y del alcohol²⁴.

Dentro de este estudio las familias no habían llevado tratamiento previo para ansiedad y depresión, otra característica fue la detección de depresión, dato similar a la publicado por Camacho, donde refiere que la depresión tiene un alto nivel de predicción en la aparición de duelo complicado²⁵.

La monoparentalidad como característica en una ruptura de pareja provoca problemas imprevistos con respecto a la estructura familiar, que en nuestro estudio desencadenó en un duelo complicado alterando la funcionalidad y dinámica familiar.

La disfuncionalidad familiar fue una característica predominante en las familias estudiadas, en ese mismo contexto el estudio de Yi Pi²⁶ refiere que uno de los indicadores de riesgo para duelo complicado fueron los vínculos familiares, al igual que Vedia,²⁷ quien refiere como factor de vulnerabilidad la disfunción familiar.

Las familias con duelo complicado en lo que respecta a la funcionalidad familiar, presentaron alteraciones en las dimensiones adaptabilidad, crecimiento y resolución, estos datos son similares a lo documentado en literatura en familias en crisis por divorcio, donde las dimensiones alteradas fueron participación, adaptabilidad y resolución¹⁸.

Conclusiones

El núcleo familiar es un sistema en movimiento, en la actualidad existen una diversidad de familias, por lo que es fundamental conocer la dinámica y funcionalidad para su acompañamiento en el proceso de duelo.

En este estudio se demostró la eficacia de la intervención familiar realizada en pacientes que atravesaron por ruptura de pareja y se pudo modificar el duelo complicado y mejorar la dinámica y funcionalidad familiar.

Las familias con duelo complicado que fueron intervenidas procrearon en promedio 2 hijos, no dependían económicamente de sus exparejas y no llevaron tratamiento previo psicológico, ni tratamiento para depresión o ansiedad. Los factores de riesgo para duelo complicado identificados fueron el conflicto en el subsistema paterno filial, mala comunicación, enfermedades crónico-degenerativas, adicciones y estrato económico bajo.

Los factores protectores identificados fueron la asistencia a grupos religiosos, deportivos, artísticos, educativos y médicos, que son de suma importancia para el mejoramiento en la funcionalidad y dinámica familiar.

Una característica de las familias monoparentales con ruptura de pareja fue la disfuncionalidad en las dimensiones adaptación, crecimiento y afecto, las cuales fueron reforzadas con la intervención familiar para mejorar la dinámica y funcionalidad familiar.

Las familias que atraviesan por duelo complicado por ruptura requieren los tres tipos de intervención: cognitivo, conductual y emocional.

Se concluye con la observación participativa que los aspectos de la comunicación no verbal se digitalizan en comunicación verbal permitiendo expresar las emociones reprimidas.

La metodología de trabajo con familia propuesta fue novedosa y puede emplearse en otras latitudes.

El médico familiar demostró su liderazgo, habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas dentro del equipo multidisciplinario de salud.

Para estudios ulteriores se sugiere estudiar la dependencia emocional, la autoestima y el papel de los hijos adolescentes en una ruptura de pareja.

Es necesario realizar más intervenciones sobre el duelo complicado por ruptura de pareja, ya que el duelo por muerte ha sido ampliamente abordado.

Se recomienda que el enfoque del médico familiar sea a nivel preventivo y se valore la importancia del cumplimiento de las tareas del desarrollo a lo largo del ciclo vital como fortalecer la relación conyugal, identificación sexual plena, comunicación asertiva, relación sana con la familia de origen, para prevenir la ruptura de pareja.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses económicos, personales ni institucionales.

Consideraciones éticas

La investigación se apega a las normas éticas, establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos. Fue aprobado por el Comité de Investigación y Bioética del CAIF y se firmó la carta de consentimiento informado por parte de los pacientes y médicos.

Contribución de los autores

Conceptualización: S.M.M.M.; R.M.S.R.; C.A.O.L.; Curación de datos: S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; S.M.M.M.; Análisis formal: S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; Adquisición de Financiamiento : no realizado; Investigación : S.M.M.M.; R.M.S.R.; M.I.A.G, C.A.O.L.; Metodología : S.M.G.G.P.; M.I.A.G. ;S.M.M.M.; Administración de proyecto : S.M.G.G.P.; M.I.A.G. ; Recursos: S.M.M.M.; Software: S.M.G.G.P.; S.M.M.M.; Supervisión: R.M.S.R.; C.A.O.L.; M.I.A.G.;S.M.G.G.P.; Validación: R.M.S.R.; M.I.A.G.; C.A.O.L.; S.M.G.G.P.; Visualización: S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; Redacción – Borrador original: S.M.M.M.; M.I.A.G.; R.M.S.R.; S.M.G.G.P.; Redacción : revisión y edición : M.I.A.G.;S.M.G.G.P.; R.M.S.R.; C.A.O.L.

Referencias


- Zicavo N. La familia en el siglo XXI, investigaciones y reflexiones desde América Latina. Chile: Universidad del bio-bio;2008. https://www.researchgate.net/publication/278019377_La_Familia_en_el_Siglo_XXI_investigaciones_y_reflexiones_desde_America_Latina
- Valdez C, Vera N, Urias M, Ochoa A: Familia y crisis, estrategia de afrontamiento. 2da ed. Hermosillo Sonora: CLAVE; 2017. ISBN 978-607-437-430-8
- Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1st ed. Mexico: Ed. Alfil; 2005. https://www.academia.edu/38664467/medicina_familiar_la_familia_en_el_proceso_salud_enfermedad
- INEGI. Estadística de divorcios INEGI. [Online]; 2022 [cited 12 diciembre 2023] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EstDiv/Divorcios2022.pdf>
- Vidal, J. Superar una ruptura. Obtenido de Área humana. Investigación, innovación y experiencia en psicología. (2018) Disponible en <https://www.areahumana.es/superar-una-ruptura/#:~:text=Una%20separaci%C3%B3n%20o%20ruptura%20de,otras%20p%C3%A9rdidas%20emocionales%20pueden%20superarse>
- Ordoñez Y, Gutierrez R, Dorczak A: Introducción de la coordinación parental en el trabajo con familias del médico familiar. USA: MONEE, IL; 2023. ISBN: 9798863819846.
- Vargas Solano Rosa Elena. Duelo y pérdida. Medicina. pierna. Costa Rica [Internet]. Septiembre de 2003 [consultado el 26 de octubre de 2023]; 20(2): 47-52. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en
- Arriagada F, Ruiz P, Sicav N. La ruptura matrimonial, un proceso de duelo [Internet]. Integracion-academica.org. [citado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://integracion-academica.org/attachments/article/129/05%20Ruptura%20matrimonial%20-%20FArriagada%20PRuiz%20NZicavo.pdf>. ISSN: 2007-5588
- Monroy Martínez DL, Amador Velázquez R. DUELO COMPLICADO. Psicología Iztacala [Internet]. 19 de junio de 2018 [citado 11 de noviembre de 2023]; 21(2). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/view/65293>
- Diagnosis G, bereavement. C. EL DUELO: Diagnóstico y abordaje del duelo normal y complicado [Internet]. Unican.es. [citado el 14 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8298/DIEGO%20FALAGAN%2C%20NURIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salazar de la Cruz Miriam, Jurado-Vega Arturo. Niveles de Intervención Familiar. Acta méd. peruana [Internet]. 2013 Ene [citado 2023 Oct 02]; 30(1): 37-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100007&lng=es
- Garza T, Gutierrez H. Trabajo con familias. Abordaje medico e integral. 3rd ed. Mexico: Manual Moderno; 2015. <http://biblioteca.usfa.edu.bo/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=b907d6ec5d3ec663b5d3f01a2871f0bd>



13. Bustos AC. Cuando se acaba el amor: Estrategias de afrontamiento, duelo por pérdidas amorosas y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios [tesis de grado]. Quito: Mayo 2011, Universidad San Francisco de Quito Colegio de Artes Liberales [Internet]. Core.ac.uk. [citado el 4 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/147367929.pdf>
14. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [citado 2023 Oct 03]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es
15. MOORE PHILIPPA, GOMEZ GRICELDA, KURTZ SUZANNE, VARGAS ALEX. Comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rdo. promedio Chile* [Internet]. Agosto de 2010 [consultado el 15 de febrero de 2024]; 138(8): 1047-1054. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>.
16. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [citado 2023 Oct 03]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es
17. Valadez RS, Fernández SME. Terapia breve cognitivo-conductual y centrada en soluciones en un caso de duelo por ruptura amorosa en un paciente homosexual. *Rev Elec Psic Izt.* 2018;21(2):723-752. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182r.pdf>
18. Gutiérrez-Zavaleta I, Sánchez-Rodríguez RM, Garrido-Pérez SMG, Castillo-Orueta ML, Ávalos-García MI. Eficacia del trabajo con familias multi-problemáticas en una unidad de atención primaria de Tabasco, México [Internet]. *Gob.mx*. [citado el 2 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/75.pdf>
19. Romero V, Rodríguez JAC. Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología (Pozuelo De Alarcon)* [Internet]. 2016 [citado el 2 de diciembre de 2023];13(1):23-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5512961>
20. Barreto P, Yi P, Soler y. C. Predictores de duelo complicado [Internet]. *Pilarviciana.com*. 2008 [citado el 2 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://pilarviciana.com/wp-content/uploads/2016/07/Predictores-duelo-complicado-1.pdf>
21. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* [Internet]. 2011;131(1-3):339-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710007299>
22. Espinosa Sierra V, Salinas Rodríguez JL, Santillán Torres-Torija C. Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *Problemas de J Behav Health Soc* [Internet]. 2020;9(2):27-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078018300026>. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.001>
23. Hongjian Cao, Mark A. Fine, Nan Zhou, Modelo de tipología de trayectoria de adaptación infantil y proceso de divorcio (DPCATT): el papel determinante del conflicto interparental antes y después del divorcio, *Revisión clínica de psicología infantil y familiar*, DOI: 10.1007/s10567-022-00379-3, 25, 3, (500-528), (2022)
24. Furr SR, Johnson WD, Goodall CS. Grief and recovery: The prevalence of grief and loss in substance abuse treatment. *J Addict Offender Couns* [Internet]. 2015;36(1):43-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-1874.2015.00034.x>
25. Camacho Regalado D. El duelo: la respuesta emocional ante la pérdida = Grief: the emotional response to loss. *EDU* [Internet]. 1dic.2013 [citado 13nov.2023];12(2). Available from: <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3878> ISSN 1579-0207.
26. Yi PY, Catedrática P, Barreto M. Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos [Internet]. *Core.ac.uk*. [citado el 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71051366.pdf>
27. Vedia V, Duelo patológico, factores de riesgo y protección, Volumen 2, Número VI. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* [Internet]. *Psicociencias.org*. [citado el 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

Competencias transversales del tutor clínico especialista del cuidado en Enfermería en la apreciación del alumnado

Transversal competencies of the clinical tutor specializing in nursing care in the appreciation of students

Gandhy Ponce Gómez¹,  Alejandra Valencia Cruz²,  Graciela González Juárez³ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5696

Artículo Original

• Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 28 de febrero de 2024 • Fecha de publicación: 12 de abril de 2024

Autor de correspondencia

Graciela González Juárez. Dirección postal: Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n.
C.P. 14370. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan. Ciudad de México.
Correo electrónico: gracegj102@gmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar las competencias transversales de los tutores clínicos en el Programa Único de Especializaciones en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, en términos de la apreciación de sus alumnos para identificar áreas de oportunidad con respecto de la formación, a través de la tutoría clínica.

Material y Métodos: Este es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La unidad de análisis es el alumno del posgrado de Enfermería. La tutoría clínica fue analizada con un instrumento validado por un panel de jueces expertos y que después fue ajustado usando un estudio piloto a través de la plataforma Google Forms. La muestra estuvo constituida por 448 alumnos cursando la especialización, vigentes y que estuvieran dispuestos a participar.

Resultados: Las estadísticas descriptivas muestran las mayores frecuencias en la dimensión relacionada con la disciplina, y las menores frecuencias en la dimensión relacionada con la docencia clínica. En general, las dimensiones consideradas para la competencia transversal muestran debilidades que pudieran estar relacionadas con la atención a dificultades emocionales, la toma de decisiones en el sitio, y el manejo de los conflictos interpersonales, además de la planeación de la tutoría.

Conclusiones: La tutoría clínica en la Enfermería de nivel posgrado es un pivote que fortalece las bases para abordar problemas clínicos, usar la evidencia científica y su expresión en el cuidado especializado. Las dimensiones consideradas para la competencia transversal muestran que, en el desarrollo de destrezas interpersonales y de comunicación, hay acciones estratégicas que pueden ser apuntaladas para promover la interacción con pacientes, las familias y otros profesionales de la salud dentro del contexto clínico.

Palabras clave: Tutoría clínica, Entrenamiento, Preceptoría, Educación Basada en Competencias.

Abstract

Objective: To analyze the transversal competences of the clinical tutors in the Unique Program of Specializations in Nursing of the National Autonomous University of Mexico, in terms of the perceptions of its graduates to identify areas of opportunity regarding the formation through clinical tutoring.

Material and Methods: This is a descriptive and transversal study. The unit of analysis is the graduate nursing student. Clinical tutoring was analyzed with an instrument which was validated by the panel of experts and which was adjusted after using a related pilot study with self-administered surveys through the Google platform. The sample was constituted by 448 graduates.

Results: Descriptive statistics show the major frequencies in the discipline related dimension, and the minor frequencies in the clinical teaching related dimension. In general, the dimensions considered for transversal competency show weaknesses which can be related to the attention to emotional difficulties, the decision making at the site, and the management of interpersonal conflicts, besides the tutoring planning.

Conclusion: Clinical tutoring in Graduate Nursing is a pivot which strengthens the bases to address clinical problems and use the scientific evidence and its expression in specialized care. The dimensions considered for transversal competency show that, in the development of interpersonal and communication skills, there are strategic actions which can be leveraged to promote the interaction with patients, families, and other health professionals within the clinical context.

Keywords: Clinical preceptorship, Mentoring, Preceptorship, Competency-Based Education.

¹ Doctora en Enfermería, Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

² Doctora en Psicología, Profesora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

³ Doctora en Pedagogía, Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.



Introducción

El Programa Único de Especializaciones en Enfermería (PUEE) de la UNAM ha operado por 27 años, desde 1997 a la fecha, en este periodo ha contribuido a la formación de más de 6,300 egresados en el país. Opera con planta docente de 147 profesores de asignatura que participan en alguno de los 16 campos de conocimiento que ofrece. Su evolución se ha dado en siete fases, que se pueden agrupar en dos décadas: la primera o *inicial* se caracterizó para la presencia de planes y programas de estudios en once campos de conocimiento (Enfermería Cardiovascular, Enfermería Perinatal, Enfermería en Salud Pública, Enfermería Infantil, Enfermería del Adulto en Estado Crítico, Enfermería del Anciano, Enfermería en Rehabilitación, Enfermería de Atención en el Hogar, Enfermería Neurológica, Enfermería en la Cultura Física y el Deporte además de Enfermería en Salud Mental). La segunda, de *fortalecimiento*, integró cuatro campos más: Enfermería Oncológica, Enfermería del Neonato, Enfermería Perioperatoria y Enfermería Nefrológica. Finalmente, en los albores de la tercera década, se ha creado Enfermería Ortopédica y se están gestionando dos nuevos campos de conocimiento para atender las necesidades sociales y de salud en el país.

El plan de estudios del PUEE contempla cuatro actividades académicas semestrales, de las cuales tres son teóricas y representan un total de 10 créditos, y pueden ser impartidas por docentes de otras disciplinas, según las necesidades del campo. Mientras que la práctica clínica se lleva en la actividad académica de Atención de Enfermería con 40 créditos y 320 horas en sede de práctica semestral, en la cual el docente es un enfermero especialista con experiencia docente. Un tutor puede tener hasta cinco alumnos asignados para desarrollar trabajo en colaboración y enriquecerse mediante la tutoría de pares. El tutor clínico también puede ser coordinador de enlace.

La tutoría es una metodología docente entre enfermeros, que busca contribuir al aprendizaje en escenarios reales que demandan intervenciones especializadas en personas o grupos; a través de la aplicación del método de enfermería. El tutor clínico contribuye al desarrollo de competencias disciplinares y transversales¹ necesarias en el mundo contemporáneo, para brindar el cuidado enfermero con énfasis en la prevención y promoción de la salud para convertirse en enfermeras/os competentes y seguros², desarrollar habilidades de pensamiento crítico, de resolución de problemas y de juicio clínico³. Así, la tutoría clínica es un eje nodal para el fortalecimiento de la identidad profesional en los alumnos de las especializaciones.

Esta evolución del programa ha implicado retos para la tutoría clínica en el posgrado, debido a la gestión que implican la

rotación de docentes, la gestión de convenios, la apertura de campos y sedes (unos con mayor recursos, experiencias y matrícula que otros). En este contexto, la tutoría clínica demanda ser analizada en la apreciación de los alumnos con respecto a las competencias y sus efectos en el aprendizaje.

Por lo que respecta a la investigación sobre competencias transversales en la tutoría, ésta se ha dirigido con estudios descriptivos a la elaboración de diagnósticos cuantitativos y cualitativos sobre los atributos del tutor clínico en la perspectiva de los tutores^{4,5}. En este campo, se ha investigado al tutor clínico en sus nociones, conceptos, conocimientos y competencias para la tutoría clínica o tutorización^{6,2,7,8}.

Una propuesta reciente, resultado de un seminario de tutoría del Sistema de Tutoría en la UNAM, plantea que “la práctica tutorial es una acción vinculante, dado que fomenta que el alumnado logre las condiciones adecuadas para un buen desempeño académico, a través del uso de diversas estrategias, herramientas y recursos. Esta propuesta surge de las experiencias sobre la práctica de la tutoría como una acción de vinculación entre el alumnado y los recursos de apoyo para fomentar su proceso de formación y aprendizaje”⁹. Es decir, se hace énfasis en la experiencia del tutor^{10,11,12} así como en la evaluación del tutor clínico en los resultados de aprendizaje¹³.

Otras investigaciones versan sobre la apreciación del alumnado sobre la tutoría clínica^{14,15} y el impacto en su formación; el desarrollo de materiales de apoyo para la práctica tutorial y propuestas interdisciplinarias de la tutoría clínica que potencian el desarrollo de competencias transversales en pequeños grupos con docentes e investigadores¹⁶. En la línea de la tutoría clínica eficaz en enfermería se reportan estudios sobre el aprendizaje activo y el pensamiento crítico². Se registran también autoestudios del tutor en la formación de residentes¹⁷. Es importante resaltar que la tutoría clínica, en tanto metodología de enseñanza para el aprendizaje, demanda competencias pedagógicas para promover las competencias de comunicación y empatía¹⁸; y empoderarse mediante la autoevaluación o el autoestudio¹⁹ para la transformación e innovación de la práctica tutorial. De esta manera, la tutoría, la retroalimentación y evaluación constructivas pueden ayudar a los alumnos a desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios para el éxito en sus carreras de enfermería²⁰.

Finalmente, se reportan estudios que destacan que la gestión del tiempo y la carga de trabajo son factores que impactan la tutoría de calidad²¹, ya que los tutores clínicos, a menudo, tienen una responsabilidad laboral, docente, de gestión, incluida la supervisión de varios alumnos, brindar retroalimentación sobre su desempeño y garantizar que cumplan con las competencias clínicas necesarias¹⁷. Otra

línea de investigación—un tanto contradictoria con los planteamientos de mejora— reporta que, independientemente de la formación y la capacitación del docente, para una tutoría clínica de calidad, estas acciones, por sí mismas, no garantizan el éxito de la tutoría clínica como espacio de aprendizaje^{8,18,19}.

Así, el objetivo es analizar las competencias transversales de los tutores clínicos en el Programa Único de Especializaciones en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, en términos de las percepciones de sus alumnos, para identificar áreas de oportunidad con respecto de la formación a través de la tutoría clínica. La pregunta de investigación fue: ¿Cuáles competencias transversales son fortalezas y cuáles son áreas de oportunidad en los tutores clínicos con base en la apreciación de los alumnos del PUEE?

Materiales y Métodos

El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra conformada por 488 alumnos, distribuidos en 105 hombres (21.5%), 371 mujeres (76%) y 12 (2.5%) participantes que prefirieron no especificar su género; fueron en su mayoría mujeres residentes del área metropolitana (88%); 74.6% tenían entre 23 y 34 años, y 19% entre 35 y 52 años; todos eran alumnos activos del posgrado en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) pertenecientes a la generación 2023. Se desarrolló una Escala de Apreciación de Competencias Transversales del Tutor clínico para el Alumno (EACTTA), basada en la propuesta de Moreno, Silva, Hidrobo, Rincón, Fuentes y Quintero sobre habilidades blandas del tutor^{2,1}, la cual fue integrada con 49 reactivos, en formato tipo Likert con tres opciones de respuesta: 1. Casi no lo realiza (considerado debilidad), 2. Lo realiza pocas veces, y 3. Lo realiza constantemente (considerado fortaleza), que refieren a las dimensiones: a) habilidades interpersonales del tutor ($\alpha = 0.93$), b) cómo promueve el pensamiento crítico ($\alpha = 0.90$), c) el trabajo interdisciplinario ($\alpha = 0.99$), d) la supervisión del ejercicio profesional del tutorado ($\alpha = 0.96$) y e) la docencia clínica del tutor ($\alpha = 0.95$). La etiqueta de “debilidad” se considera cuando una actividad se valora como “no la realiza”, se entiende como “amenaza” cuando “se realiza pocas veces”, y es una fortaleza cuando “se realiza constantemente”. Se verificó la validez de contenido por jueceo de expertos, aplicando el respectivo ajuste y una prueba piloto en 40 sujetos tipo. Su versión final se aplicó en línea a la muestra calculada de 488 estudiantes que corresponde al 57% de la población (muestra calculada a través de la fórmula para poblaciones finitas y variables cuantitativas) de las distintas sedes y campos de conocimiento tanto del área metropolitana como foránea. El procedimiento implicó recabar datos de sede y organización de los diferentes campos de conocimientos para lograr la aplicación en estudiantes activos al final del

primer semestre, vía remota. Con el criterio de inclusión de ser alumnos regulares, inscritos en el semestre lectivo del 2023. Fueron excluidos aquellos alumnos que no estuvieran en el momento de la selección, y que no fueran alumnos regulares o se reusaron a participar. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos, tales como distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, de dispersión y de forma. Todos los análisis se realizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 25. Dentro de las consideraciones éticas del estudio se incluyeron el consentimiento informado de las y los participantes; y los datos fueron utilizados únicamente con fines estadísticos y para propósito de la presente investigación, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los participantes. Sólo los investigadores y dos asistentes de investigación tuvieron acceso a la información recolectada. Aspectos éticos, en todo momento se respetó la autonomía de los participantes, además, se hizo hincapié en el manejo anónimo de la información y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, en caso de considerarlo. En todos los casos, la información fue obtenida y conservada de acuerdo con los lineamientos institucionales y con estricta privacidad de información. Se conservaron los principios básicos para satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el Código de Nuremberg 1847, Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki. El proyecto de investigación cuenta con el registro del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia-UNAM, No. 163/229/2022.

Resultados

Los resultados de las frecuencias promedio por dimensión muestran que las frecuencias más altas en las fortalezas se registran en “Competencias de la profesión” (432), la mayor debilidad se ubica en “Promoción del trabajo interdisciplinario” (98) y la principal amenaza se obtuvo en “Docencia clínica” con una frecuencia de 127 (Figura 1).

Figura 1. Frecuencias promedio en cada una de las dimensiones de la EACTTA.



El análisis de frecuencias por dimensión/reactivo se presenta en las tablas 1 a 5, la que corresponde a Habilidades

interpersonales se muestra en la tabla 1. En general, se observa que en todos los reactivos los porcentajes más altos están en la opción “Lo realiza constantemente”, lo que indica que los tutorados consideran que el tutor manifiesta conductas de tolerancia, escucha activa y comunicación, entre otras actitudes en la interacción que tiene con ellos. Por otro lado, en el reactivo *Identifica si hay dificultades emocionales*, 16% considera que los tutores casi no lo realizan, lo cual representa un punto a mejorar, en contraste con los reactivos *Escucha con atención las dudas que surgen en el ámbito clínico*, *Muestra apertura a la comunicación cuando hay dudas e inquietudes* e *Impulsa el logro de metas profesionales*, cuyos porcentajes son los más altos (76.40, 75.80 y 75.60, respectivamente) en la opción “Lo realiza constantemente”.

En la dimensión Promoción del pensamiento crítico, los porcentajes para la opción “Casi no lo realiza” fueron bajos, lo que señala que los tutorados consideran que sí promueven esta habilidad en ellos, particularmente la de *Promueve la revisión de evidencia científica actualizada* (80.50%) y la de *Integra los conocimientos teóricos y prácticos que requiere el ámbito clínico* (79.10%), por lo que se considerarían fortalezas en esta dimensión (Tabla 2).

En la dimensión Promoción del trabajo interdisciplinario, 13.10% (64 casos) y 10.90% (53 casos) de los tutorados dicen que la competencia relativa a *Gestiona la resolución de conflictos interpersonales en el equipo de trabajo* y la de *Distribuye el liderazgo en los equipos de trabajo para el logro de metas* “Casi no lo realiza” su tutor, lo cual sería considerado un área de oportunidad, en contraste con la de *Disponer el trabajo colaborativo con otros profesionales* y la de *Reconocer el trabajo colaborativo como estrategia fundamental para la resolución de problemas*, cuyos porcentajes del 73.40% y 72.70%, respectivamente, se ubican en la opción “Lo realiza constantemente”, lo que sería una fortaleza en esta dimensión (Tabla 3).

En la dimensión Competencias de la profesión, la mitad de los reactivos tienen una frecuencia del 100% en la opción “Lo hace constantemente”, lo cual señala que los tutorados perciben que los tutores sí supervisan y asesoran su ejercicio profesional, sin que esto implique que no haya áreas de mejora como por ejemplo en *Gestiona la participación en el hospital, la comunidad y/o en la política* cuyo porcentaje del 9.4% (46 casos) reporta que el tutor “Casi no lo realiza”.

La dimensión Docencia clínica es la que presenta mayores áreas de oportunidad y de amenazas, pues los valores de los porcentajes en todas las competencias se encuentran entre 20 y 30% en la opción “Casi no lo realiza”, en contraste con las otras dimensiones cuyos porcentajes están alrededor del 10%. La mayor área de oportunidad está en *Elabora, junto*

con las y los tutorados, el plan de actividades académicas (32%), *Da tiempo a las y los tutorados para que aprendan de acuerdo con su estilo de aprendizaje y nivel de experiencia clínica* (30.10%) y *Aclara las expectativas de la tutoría clínica* (28.10), mientras que *Promueve la autonomía para que lleven a cabo procedimientos* y *Promueve un clima seguro para el aprendizaje durante las prácticas*, tienen un porcentaje del 77.50 y 77%, respectivamente, lo que querría decir que los alumnos consideraron que el tutor clínico realiza esta competencia constantemente, y por tanto, se puede considerar como una fortaleza (Tabla 4).

Adicionalmente a los análisis de frecuencias, se obtuvo la estadística descriptiva de cada dimensión para caracterizar el comportamiento de los datos. En cada una se obtuvo el puntaje total de cada caso para hacer el análisis. Se calculó la media, desviación estándar, asimetría y curtosis (Tabla 5). De manera general, se observa que todas las medias superan el valor de su media teórica (la derivada de la dimensión correspondiente), lo que indica que los alumnos tienden a percibir que los tutores llevan a cabo su función de acompañamiento, orientación, modelamiento y supervisión constantemente.

Con respecto a las desviaciones estándar, los valores altos obtenidos en Promoción del trabajo interdisciplinario, Competencias de la profesión y Docencia clínica, indican una mayor diversidad en las percepciones de los tutorados respecto a las competencias de sus tutores en estos rubros. En cuanto a la asimetría, todas las dimensiones presentaron una distribución sesgada, específicamente una asimetría negativa, es decir, que los tutorados valoran las competencias de los tutores en un nivel alto en términos de que realizan las actividades mencionadas en cada dimensión, con una frecuencia constante. Respecto a la curtosis, en las dimensiones Promoción del pensamiento crítico y Competencias de la profesión sus valores cercanos a 2, indican que la mayoría de las puntuaciones están alrededor de la media, lo que implicaría una apreciación homogénea de parte de los tutorados sobre las competencias de los tutores, que en estas dimensiones, al ser mayor la media observada respecto a la media teórica, podría decirse que la apreciación que tienen los tutorados sobre la competencia de sus tutores es alta.

Discusión

El tutor clínico contribuye al desarrollo de competencias disciplinares y transversales¹, aunque existe una predominancia hacia las competencias disciplinares que están dirigidas a la escucha con atención hacia las dudas que surgen en la práctica, así como la revisión de la evidencia científica actualizada, prácticas focalizadas en objetivos y valorar los conocimientos para los estudios de caso de la práctica,

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las respuestas para Habilidades interpersonales.

Competencia/reactivo	Casi no lo realiza		Lo realiza pocas veces		Lo realiza constantemente	
	f	%	f	%	f	%
1) Muestra tolerancia a los problemas que puedan existir en el acompañamiento que brinda.	32	6.60	99	20.30	357	73.20
2) Actúa con empatía durante la tutoría.	36	7.40	96	19.70	356	73.00
3) Escucha con atención las dudas que surgen en el ámbito clínico.	31	6.40	84	17.20	373	76.40
4) Impulsa el logro de metas profesionales.	43	8.80	76	15.60	369	75.60
5) Identifica si hay dificultades emocionales.	78	16.00	99	20.30	311	63.70
6) Comunica actividades académicas para la superación profesional.	42	8.60	96	19.70	350	71.70
7) Muestra apertura a la comunicación cuando hay dudas e inquietudes.	41	8.40	77	15.80	370	75.80
8) Da indicaciones claras sobre la práctica clínica y/o comunitaria.	40	8.20	100	20.50	348	71.30

Fuente: datos de la propia investigación con el (EACTTA).

Tabla 2. Distribución de frecuencias para Promoción del pensamiento crítico.

	Casi no lo realiza		Lo realiza pocas veces		Lo realiza constantemente	
	f	%	f	%	f	%
9) Promueve la reflexión sobre aspectos éticos en la práctica clínica.	35	7.20	95	19.50	358	73.40
10) Integra los conocimientos teóricos y prácticos que requiere el ámbito clínico.	26	5.30	76	15.60	386	79.10
11) Guía la toma de decisiones para la valoración y planificación de los cuidados a la persona, familia y/o comunidad.	36	7.40	93	19.10	359	73.60
12) Realiza preguntas sobre la práctica que generen reflexión.	35	7.20	84	17.20	369	75.60
13) Promueve la revisión de evidencia científica actualizada.	31	6.40	64	13.10	393	80.50

Fuente: datos de la propia investigación con el (EACTTA).

Tabla 3. Distribución de frecuencias para Promoción del trabajo interdisciplinario

	Casi no lo realiza		Lo realiza pocas veces		Lo realiza constantemente	
	f	%	f	%	f	%
14) Motiva el trabajo interdisciplinario para optimizar los resultados de salud y de cuidado en la persona, familia y/o comunidad.	39	8.00	102	20.90	347	71.10
15) Promueve experiencias interprofesionales para la formación en el ámbito clínico.	42	8.60	99	20.30	347	71.10
16) Gestiona la resolución de conflictos interpersonales en el equipo de trabajo.	64	13.10	102	20.90	322	66.00
17) Promueve experiencias colaborativas para reflexionar los casos clínicos y/o comunitarios.	40	8.20	99	20.30	349	71.50
18) Dispone el trabajo colaborativo con otros profesionales.	38	7.80	92	18.90	358	73.40
19) Reconoce el trabajo colaborativo como estrategia fundamental para la resolución de problemas.	42	8.60	91	18.60	355	72.70
20) Distribuye el liderazgo en los equipos de trabajo para el logro de metas.	53	10.90	100	20.50	335	68.60

Fuente: datos de la propia investigación con el (EACTTA).

Tabla 4. Distribución de frecuencias para Docencia clínica

	Casi no lo realiza		Lo realiza pocas veces		Lo realiza constantemente	
	f	%	f	%	f	%
21) Elabora, junto con las y los tutorados, el plan de actividades académicas.	156	32.00	0	0.00	332	68.00
22) Establece las actividades de la práctica de acuerdo con el objetivo de la actividad académica.	119	24.40	0	0.00	369	75.60
23) Aclara las expectativas de la tutoría clínica.	137	28.10	0	0.00	351	71.90
24) Practica la tutoría clínica basada en principios y teorías de educación.	124	25.40	0	0.00	364	74.60
25) Da tiempo a las y los tutorados para que aprendan de acuerdo con su estilo de aprendizaje y nivel de experiencia clínica.	147	30.10	0	0.00	341	69.90
26) Promueve un clima seguro para el aprendizaje durante las prácticas.	112	23.00	0	0.00	376	77.00
27) Asigna actividades prácticas que impliquen un reto para promover el aprendizaje.	120	24.60	0	0.00	368	75.40
28) Promueve la autonomía para que lleven a cabo procedimientos.	110	22.50	0	0.00	378	77.50
29) Valora los conocimientos teórico-prácticos de las y los tutorados para analizar casos de la práctica.	119	24.40	0	0.00	369	75.60
30) Al evaluar la práctica clínica y/o comunitaria, lleva a cabo un ejercicio de retroalimentación que contribuye a la mejora de los aprendizajes.	126	25.80	0	0.00	362	74.20
31) Considera todas las evidencias de aprendizaje de las y los tutorados para llevar a cabo una evaluación justa.	120	24.60	0	0.00	368	75.40

Fuente: datos de la propia investigación con el (EACTTA).

Tabla 5. Estadística descriptiva de cada dimensión del EACTTA

Competencia	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Media teórica
Habilidades interpersonales	18.47	3.84	-1.530	1.233	14
Promoción del pensamiento crítico	13.48	2.61	-1.852	2.539	10
Promoción del trabajo interdisciplinario	18.29	4.10	-1.449	0.944	14
Competencias de la profesión	21.44	4.39	-1.721	1.853	16
Docencia clínica	22.30	6.80	-1.119	-0.428	18

Fuente: Elaboración propia.

son fundamentales para las competencias avanzadas de enfermería. En general, las evaluaciones muestran fortalezas en las dimensiones analizadas, pero las áreas de oportunidad resultaron en la docencia clínica de manera importante y fue la dimensión con menos fortalezas identificadas y mayores amenazas en la apreciación del alumnado.

El tutor clínico es una noción paraguas que abarca la preceptoría, la supervisión y la tutoría clínica propiamente dicha. Esta variedad de nociones se presenta con mayor frecuencia en las licenciaturas. En el PUEE, la tutoría clínica coincide con la noción de tutorización universitaria⁶, que es aquella que se comparte con la que los enfermeros de los distintos puestos de prácticas llevan a cabo en instituciones sociosanitarias (centros de atención familiar y comunitaria, hospitales, instituciones geriátricas, centros de atención a la diversidad funcional y a la salud mental, colegios, comunidades de vecinos, entre otras). A diferencia de estos autores, en el programa se logra una vinculación con las sedes de práctica para tener a los tutores expertos que posicionan a los alumnos en puestos de decisión a nivel nacional. La tutoría clínica es una metodología del docente que forma parte de un sistema tutorial y no es sólo un rol para la formación de especialistas, sino también un eje para la identidad de prácticas avanzadas del cuidado que reconfiguran el sentido mismo del enfermero, su práctica y sus alcances, pues tiene una función integradora de las actividades académicas adicionales que cursa el alumno y que se sustentan en la interdisciplina para el desarrollo de la autoeficacia profesional.

A diferencia de las investigaciones que configuran un perfil de facilitador en el tutor clínico de la licenciatura desde la mirada de los enfermeros expertos², coincidimos en las dimensiones que ellos también abordan. No obstante, en el posgrado, las competencias transversales contribuyen a la mirada técnica y reduccionista de un facilitador, el tutor clínico es un docente experto en evidencia científica de su campo, en resolver dudas del campo clínico, en disponer el trabajo interdisciplinario, en un experto en su sede y contexto sociocultural que también se pone a disposición del aprendizaje en escenarios reales que son la base para el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico, de resolución de problemas y de juicio clínico³.

Los hallazgos sugieren una tutoría clínica con competencias pedagógicas para promover la comunicación y la empatía¹⁸; y empoderarse mediante la autoevaluación o el autoestudio¹⁹ para la transformación e innovación de la práctica tutorial. De esta manera, la tutoría, la retroalimentación y evaluación constructivas pueden ayudar a los alumnos a desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios para el éxito en sus carreras de enfermería²⁰.

El diagnóstico de las dimensiones consideradas para la competencia transversal muestra que en el desarrollo de habilidades interpersonales y de comunicación hay acciones estratégicas que apuntalar, pues en la apreciación del alumnado, dichas habilidades no se ejercen para promover la interacción con pacientes, familias y otros profesionales de la salud en un entorno clínico. El desarrollo de habilidades emocionales y sociales es una prioridad. En el marco de la evaluación formativa, un eje fundamental para la tutoría clínica es la retroalimentación positiva. Las competencias de la disciplina, principalmente técnicas, son una fortaleza en los tutores clínicos, por lo que la tutoría sigue una dirección de racionalidad estratégica más que comunicativa.

Conclusiones

La apreciación del alumnado sobre las competencias transversales del tutor clínico es favorable en general, aunque de manera más específica parece necesaria la capacitación docente para mantener las fortalezas y superar las áreas de oportunidad, e incluso las amenazas sobre la función tutorial. Estos resultados llevaron a realizar un análisis del contexto del cual provienen los coordinadores/tutores para tratar de inferir si esto puede afectar las características de la tutoría, si bien algunas de estas competencias son fundamentales, como las disciplinares, hay que considerar que las pedagógicas y de relación son complementarias, pero también esenciales.

En este sentido, es preciso volver la mirada a la planeación de la docencia y al liderazgo en el equipo para el logro de metas, a los que la capacitación puede contribuir como eje común e institucional de formación de tutores, a la gestión de la tutoría clínica; incluida la supervisión de varios alumnos, así como brindar retroalimentación sobre su desempeño y garantizar que cumplan con las competencias clínicas necesarias.

De hecho, las y los coordinadores/tutores pueden vivir el proceso de ingreso al posgrado no sólo en condiciones de doble situación laboral, sino además padeciendo estrés y cansancio extremos. Es importante indagar sobre la preexistencia de cursos relativos a la docencia o sobre la homologación de procedimientos o formas adecuadas para la tutoría.

Conflicto de interés

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

El presente estudio cuenta con aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, así mismo, en todos los casos, la información fue obtenida y conservada de acuerdo con los lineamientos institucionales y con estricta privacidad de información. Se conservaron los principios básicos para satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el Código de Nuremberg 1847, Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki en materia de Investigación para la Salud, en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, respetándose la dignidad y la protección de sus derechos, bienestar y privacidad de los participantes del estudio. El proyecto de investigación cuenta con el registro del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia-UNAM, No. 163/229/2022.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: G.G.J.; Curación de datos: A.V.C.; Análisis formal: A.V.C.; Adquisición de Financiación: G.G.J.; Investigación: G.P.G., G.G.J.; Metodología: G.G.J.; Administración de proyecto: G.G.J.; Recursos: G.P.G.; Software: G.G.J.; Supervisión: G.G.J.; Validación: A.V.C., G.P.G., G.G.J.; D.C.G.; Visualización: G.G.J.; Redacción – Borrador original: G.G.J.; Redacción: revisión y edición: G.G.J., A.V.C.

Financiamiento

Proyecto PAPIIT NO. IT200923 de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Agradecimiento

A la Mtra. Daniela Cocolotl González por sus aportes en el diseño y validación de la escala.

Referencias

1. Moreno Murcia LM, Silva García MB, Hidrobo Baca CC, Rincón Téllez DC, Fuentes Rojas GY, Quintero Pulgar YA. Formación en habilidades blandas en instituciones de educación superior. reflexiones educativas, sociales y políticas. Repositorio Dspace. 2021; <https://repository.uniminuto.edu/xmlui/handle/10656/14369>
2. Carrasco P, Dois A. Perfil de competencias del tutor clínico de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería experto. FEM: Rev Fund Ed Méd. 2020;23(2). <https://dx.doi.org/10.33588/fem.232.1048>
3. Águila RN, Bravo PE, Delgado AHM, Montenegro CT, Herrera FL, Centeno DA. La tutoría en la formación del futuro profesional de Enfermería. Medisur. 2019;17(4). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1091205>
4. González-Juárez G, Tapia-Pancardo D. Competencias transversales de un mentor clínico en el posgrado en enfermería. Rev Abierta de Enf. 2023;13:386-398. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=125696>
5. Tapia-Pancardo DC, González-Juárez G. Transversal competences and clinic tutorship: Appreciation by graduated Nursing specialists. Rev Abierta de Enf. 2023;11:709-717. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=129059>
6. Sanjuán A, Martínez J. Tutorización clínica en enfermería. Rev ROL Enf. 2018;47(7-8):522-527. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/89352/1/2018_Sanjuan_Martinez_RevROLEnferm.pdf
7. Ferreira F, Dantas F, Valente G. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. Rev Bras Enf. 2018;71(suppl 4):1564-1571. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30088625/>
8. Tuomikoski A, Ruotsalainen H, Mikkonen K, Miettunen J, Kääriäinen M. The competence of nurse mentors in mentoring students in clinical practice - A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2018;71:78-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30265858/>

9. Ávila BS. La tutoría en la UNAM como una acción vinculante. *Sistema Institucional de Tutoría. UNAM* 2023; <https://tutoria.unam.mx/sites/default/files/2023-09/Tutoria%20Accion%20Vinculante%202023.pdf>
10. Hong KJ, Yoon HJ. Effect of nurses' preceptorship experience in educating new graduate nurses and preceptor training courses on clinical teaching behavior. *Int J of Env Res and Pub Health*. 2021;18:975. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33499327/>
11. Jarnulf T, Skytt B, Martensson G, Engström M. District nurses experiences of precepting district nurse students at the postgraduate level. *Nurse Ed in Prac*. 2019;37:75-80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31128519/>
12. Todd B, Brom H, Blunt E, Dillon P, Doherty C, Drayton-Brooks S et al. Precepting nurse practitioner students in the graduate nurse education demonstration. *J of the Am Assoc of Nurse Pract*. 2019;31(11):648-656. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31688505/>
13. McQueen K, Poole K, Raynak A, McQueen A. Preceptorship in a nurse practitioner program: the student perspective. *Nurse Ed*. 2018;43(6):3012-306. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29286992/>
14. Liantanty F, Alkautzar AM, Firdayanti, Diarfah AD, Andryani ZY, Alza N, Taherong F, Ahmad M, Budi P. The effect of stage IV childbirth care module through the preceptorship method. *Gac San*. 2021;35(Suppl 2):S567-S570. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34929903/>
15. Gómez EM, Sánchez MR, García JLA, Hernández SG. Adquisición de competencias transversales a través de la tutoría en la universidad. *La Cues Univ*. 2017;9:88-107. <http://polired.upm.es/index.php/lacuestionuniversitaria/article/view/3580>
16. Berlanga Fernández S, Villafáfila-Ferrero R, Rodríguez-Monforte M, Pérez-Cañaveras RM, Vizcaya-Moreno MF. Autoapreciación en competencias docentes en tutores/as de formación sanitaria especializada: estudio transversal. *ROL Enf*. 2023;46(2):704. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/132995>
17. Reinoso-González E, Parra-Ponce P, Pérez-Villalobos C. Competencias pedagógicas del tutor clínico: ¿qué tan competentes se perciben los tutores de cinesiología? *FEM*. 2019; 22(6):263-267. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322019000600003
18. Pramila-Savukoski S, Juntunen J, Tuomikoski A, Kääriäinen M, Tomietto M, Kaučič B, Filej B, Riklikiene O, Flores M, Pérez-Cañaveras RM, De Raeve P, Mikkonen K. Mentors' self-assessed competence in mentoring nursing students in clinical practice: A systematic review of quantitative studies. *J of Clin Nurs*. 2019;29(5-6):684-705. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15127>
19. Solano LAL. El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en alumnos de enfermería. *Index Enf*. 2020;29(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200014
20. Sánchez JR, Aliaga LÁ, Alvarado RX, Febré NP. Atributos explorados en tutores clínicos, para conducir el aprendizaje práctico del alumno de enfermería. *Rev Cub Enf*. 2021;37(3):e4133. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000300012&lng=es

Factores socioambientales relacionados con la leishmaniasis a nivel cantonal, Costa Rica, 2018-2021

Socio-environmental factors related to leishmaniasis at the cantonal level, Costa Rica, 2018-2021

Armando Elizondo-Morales¹,  Andrés Fernández-Córdoba², 
Laura Soto-Trejos³,  Diana Paniagua-Hidalgo⁴, 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5686

Artículo Original

• Fecha de recibido: 10 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 6 de marzo de 2024 • Fecha de publicación: 17 de abril de 2024

Autor de correspondencia

Diana María Paniagua Hidalgo. Dirección postal: Oficinas Centrales, Edificio Jenaro Valverde, Caja Costarricense del Seguro Social, C. P. 10104. San José, Costa Rica.
Correo electrónico dmpaniag@ccss.sa.cr

Resumen

Objetivo: Analizar factores socioambientales relacionados con la incidencia acumulada de leishmaniasis a nivel cantonal en Costa Rica del año 2018 al 2021.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, ecológico, a nivel cantonal, descriptivo-analítico. Se realiza un análisis espacial por medio de mapas coropléticos, Índice de Moran e Índice Local de Asociación Espacial. Se llevan a cabo modelos de regresión binomial negativa bivariado y multivariado.

Resultados: Se desarrollan dos modelos multivariados: Modelo multivariado A, las variables dimensión educativa y acceso a información se comportan como factores protectores. Modelo B, el porcentaje de hogares con carencia de albergue digno, razón de masculinidad, porcentaje de población afrodescendiente y porcentaje de hogares pobres, actúan como factores de riesgo.

Conclusiones: Se observa que los cantones con mayor incidencia acumulada de leishmaniasis fueron los localizados principalmente en el caribe y zona sur. Se identifican factores socioambientales relacionados con la incidencia acumulada estandarizada cantonal de leishmaniasis en Costa Rica del año 2018 al 2021. Es posible determinar clústeres de autocorrelación espacial alta entre las variables identificadas en esta pesquisa como factores protectores, dimensión educativa, acceso a la información y de riesgo, porcentaje de hogares con carencia de albergue digno, razón de masculinidad, porcentaje de población afrodescendiente, y porcentaje de hogares pobres principalmente en cantones ubicados en la zona del caribe y zona sur del país, así como clústeres de autocorrelación espacial baja en cantones del centro del país.

Palabras clave: Leishmaniasis; Epidemiología; Análisis espacial.

Abstract

Objective: Analyze socio-environmental factors related to the cumulative incidence of leishmaniasis at the cantonal level in Costa Rica from 2018 to 2021.

Materials and methods: Observational, ecological, cantonal, descriptive-analytical study. A spatial analysis is carried out through choropleth maps, Moran Index and Local Spatial Association Index. Bivariate and multivariate negative binomial regression models are carried out.

Results: Two multivariate models are developed: Multivariate model A: the variables educational dimension and access to information behave as protective factors. Model B: the percentage of households lacking decent shelter, sex ratio, percentage of Afro-descendant population and percentage of poor households act as risk factors.

Conclusions: It is observed that the cantons with the highest cumulative incidence of leishmaniasis were those located mainly in the Caribbean and southern areas. Socio-environmental factors related to the cantonal standardized cumulative incidence of leishmaniasis in Costa Rica from 2018 to 2021 are identified. It is possible to determine the presence of clusters of high spatial autocorrelation between the variables identified in this research as protective factors educational dimension, access to information and risk factors percentage of households lacking decent shelter, sex ratio, percentage of population Afro-descendant, and percentage of poor households mainly in cantons located in the Caribbean area and southern part of the country, as well as clusters of low spatial autocorrelation in cantons in the center of the country.

Keywords: Leishmaniasis; Epidemiology; Spatial analysis.

¹ Licenciado en Enfermería. Máster en Epidemiología. Área de Salud de Parrita. Caja Costarricense de Seguro Social. Puntarenas, Costa Rica.

² Licenciado en Enfermería. Máster en Epidemiología. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

³ Licenciada en Microbiología. Máster en Epidemiología. Centro Nacional de Rehabilitación. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

⁴ Licenciada en Enfermería. Máster en Gerencia en Enfermería. Máster en Cuidados Intensivos. Máster en Epidemiología. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.



Introducción

Es una enfermedad zoonótica de transmisión vectorial, causada por un parásito protozoo del género *Leishmania*, y se transmite a los humanos mediante la picadura de flebótomos hembra de la familia *Psychodidae*, del género *Lutzomyia*^{1,2}. Dependiendo de la especie de *Leishmania* involucrada, la infección puede manifestarse a través de una lesión cutánea, mucosa, mucocutánea o visceral¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leishmaniasis es considerada dentro del grupo de enfermedades desatendidas, caracterizadas porque durante muchos años las personas afectadas no reciben una atención oportuna y su respectivo tratamiento³.

Es una enfermedad endémica en 98 países, Costa Rica junto con Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Irán, Siria, Etiopía, Sudán del Norte, y Perú registran la mayor cantidad de casos, representando entre el 70% y el 75% de la incidencia mundial estimada del 2006 al 2017⁴.

La leishmaniasis es una enfermedad cuya incidencia se asocia a factores socioambientales. Se ha documentado el aumento del riesgo de exposición y ocurrencia de las leishmaniasis en poblaciones que viven en condiciones de pobreza, relacionadas principalmente con las características de las viviendas, bajas coberturas de acceso a servicios de agua y saneamiento, analfabetismo y dificultades para comprender los procesos de transmisión y prevención, entre otros⁵.

En Costa Rica es conocida comúnmente como papalomoyo (del *nahual papalotl*: mariposa y *moyotl*: mosquito). El primer registro de leishmaniasis en este país data de 1924 por Peña-Chavarría, sin embargo, desde 1914 el Dr. Clodomiro Picado ya se encontraba investigando la enfermedad⁶.

En un estudio espacio temporal en Costa Rica de Bayles y colaboradores, se encontró que más de 20 distritos fueron clasificados como puntos críticos durante el 2006 al 2017, en especial cinco distritos de la provincia de Limón: Bratsi, Cahuita, Sixaola, Matina y Valle de la Estrella. En los que también se encontraron indicadores de precariedad de vivienda, la cual es una medida indirecta de la pobreza infantil y un riesgo específico de contraer leishmaniasis⁵.

En Costa Rica, este cuadro es endémico y de notificación obligatoria al Ministerio de Salud desde 1983 y su vigilancia se gestiona a través de una boleta de notificación individual semanal⁴.

La inclusión de la leishmaniasis en el Plan de Acción de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) favorece poner esta parasitosis en la agenda política y entre las prioridades de abordaje, por lo que, conocer el perfil epidemiológico de la leishmaniasis y los grupos de riesgos al interior de cada país es una necesidad para el diagnóstico situacional y la planificación conjunta de las acciones⁷.

Al ser una enfermedad desatendida, y presentar incidencia importante en Costa Rica, aunado a que algunos de los factores relacionados descritos se presentan en las poblaciones vulnerables del país, cobra relevancia conocer la situación actual del evento, es por esto que la investigación tiene como objetivo analizar factores socioambientales, relacionados con la incidencia acumulada de leishmaniasis a nivel cantonal en Costa Rica del año 2018 al 2021.

Materiales y métodos

El estudio es de tipo observacional, ecológico, descriptivo-analítico, con fundamento espacial por cantones⁸, estableciendo la incidencia acumulada estandarizada cantonal (IAEC) por el método directo de los casos de leishmaniasis del año 2018 al 2021, como la variable dependiente y las variables independientes fueron los factores socioambientales seleccionados por los autores según la literatura y el comportamiento epidemiológico del país.

Los datos de los casos consolidados de leishmaniasis para el cálculo de la variable dependiente se tomaron del Ministerio de Salud, y la información de las variables independientes tuvieron como fuentes el Censo Nacional 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Índice de Progreso Social 2017, Índice de Desarrollo Social 2019, Instituto Geográfico Nacional (IGN).

Se realizó un análisis descriptivo univariado de los casos de leishmaniasis en Costa Rica, se calculó IAEC realizando una matriz por año y luego IAEC para todo el periodo de estudio, utilizando el total de casos por cantón y la proyección de la población de los años de estudio como un promedio para obtener el cálculo como variable dependiente de este estudio.

Se confeccionó mapa de hot spot según el número de casos de leishmaniasis en el periodo de estudio, además de un mapa coroplético según IAEC segregado en quintiles. Se realizó una matriz de las variables independientes mediante tablas estructuradas y los resultados se graficaron en mapas coropléticos. Para los mapas se utilizaron las proyecciones de coordenadas geográficas CRTM05.

Se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Francia ($p < 0.05$) para todas las variables independientes y de acuerdo con la distribución se estimó la correlación de Spearman ($p < 0.05$).

Se efectuó un modelo de regresión de Poisson simple y multivariado para determinar la asociación de las variables independientes con la dependiente con su respectivo intervalo de confianza del 95%.

La evaluación del modelo se hizo mediante la revisión del coeficiente de determinación (R^2), Se realiza prueba de sobredispersión al modelo de poisson, por lo que se utilizó la regresión binomial negativa.

Al utilizar la regresión binomial negativa, se realizó la exploración de los modelos bivariados de las variables independientes con la dependiente. Posteriormente se establecieron modelos de regresión de regresión binomial negativa multivariado, mediante el método *Stepwise*, verificando multicolinealidad con el Factor de Inflación de la Varianza (VIF).

Además, en el análisis espacial se realizó el cálculo del Índice de Moran entre la variable dependiente y las variables independientes que presentaron asociación con significancia estadística en los modelos multivariados, obteniendo tres medidas específicas, la distribución espacial de los datos relacionando la variable dependiente con las independientes de forma bivariada, los valores de asociación espacial con su valor de significancia en relación al valor de p 0.05, y la identificación de posibles clústeres de asociación espacial representados por medio del Índice Local de Asociación Espacial (LISA).

Se utilizaron los softwares de Stata 13®, Microsoft Excel, QGIS 3.16 y GeoDa.

Esta investigación utilizó como base la Ley Reguladora de Investigación Biomédica 9234 de Costa Rica. El Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad Nacional indicó que, pese a que el estudio se clasifica como biomédico, al ser un estudio retrospectivo y con manejo de datos anónimos de acceso público no debía ser sometido a un CEC.

Resultados

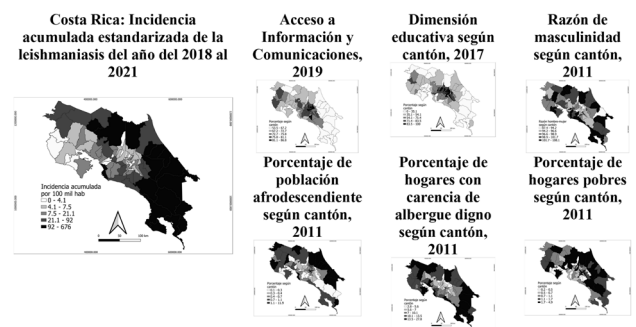
El comportamiento de la IAEC indica que la incidencia más alta se presentó en el año 2018 y el 2019 presentó la menor.

De los 81 cantones analizados, los que tienen mayor IAEC de leishmaniasis fueron los localizados principalmente en el caribe y zona sur, liderado por los cantones de Talamanca, Limón y Guácimo. Algunos cantones de la zona del pacífico y zona norte del país también reportaron incidencias acumuladas estandarizadas superiores respecto al resto del país.

Varios de estos cantones también coincidieron en tener valores altos de los resultados de factores socioambientales

analizados por cantón, como la razón de masculinidad, porcentaje de afrodescendiente, hogares con carencia de albergue digno y hogares pobres respecto a las incidencias acumuladas de leishmaniasis más altas, además de los datos de dimensión educativa y acceso de la información con datos más bajos. Dentro de estos cantones coinciden en algunas de las variables: Talamanca, Buenos Aires, Limón, Guatuso, Siquirres, Guácimo, Matina, Coto Brus y Osa (Figura 1).

Figura 1. Incidencia Acumulada Estandarizada de la leishmaniasis y factores socioambientales asociados en los cantones de Costa Rica del 2018 al 2021.



Fuente: Elaboración propia.

Al realizar la correlación de Spearman se obtuvo que la mayoría poseen una correlación positiva de moderada a débil con significancia estadística (Tabla 1).

En el modelo multivariado de poisson al verificar la dispersión de los datos, se detecta sobredispersión, por lo que se realiza regresión binomial negativa (Tabla 1).

En el análisis bivariado de la regresión binomial negativa, diez de las variables independientes se identifican como factores protectores, las restantes dieciséis variables funcionan como factores de riesgo, todas con significancia estadística y con coeficientes de determinación del análisis bivariado que van desde 0% hasta el 66% que explican cada modelo (Tabla 2).

Se realizan 3 modelos multivariados A, B y C. En el modelo A, se observa que las variables dimensión educativa (RR:0.98,IC:0.96-0.99,p:0.00) y acceso a información (RR:0.91,IC:0.88-0.95,p:0.00), se comportan como factores protectores, mientras que en el modelo B los resultados indican que el porcentaje de hogares con carencia de albergue digno (RR:1.08,IC:1.01-1.16,p:0.00), razón de masculinidad (RR:1.13,IC:1.04-1.22,p:0.00), porcentaje de población afrodescendiente (RR:1.28,IC:1.03-1.58,p:0.00) y porcentaje de hogares pobres (RR:1.36,IC:1.06-1.75,p:0.00), actúan como factores de riesgo. Se realiza el modelo C incluyendo las seis variables presentes en el modelo A y B, sin embargo, algunas de las variables no presentan significancia estadística (Tabla 2).

Tabla 1. Modelo bivariado y multivariado de poisson para estimar la medida de asociación (IRR) ajustada entre factores socioambientales y la incidencia acumulada estandarizada de leishmaniasis a nivel cantonal en Costa Rica, 2018-2021

Variables independientes	Prueba de Normalidad ^a	Correlación ^b	p (correlación)	Modelo bivariado					Modelo multivariado d			
				IRR	IC	p	AIC	R2	IRR	p	IC	Vif
Índice de Progreso Social: Acceso a Información y Comunicaciones^c	0.11	0.55	0.00	0.86	0.85-0.86	0.00	3,440.23	0.65	0.91	0.00	0.90-0.92	2.68
Índice de Desarrollo Social: Dimensión Educativa^c	0.00	0.63	0.00	0.96	0.96-0.96	0.00	5,081.22	0.48	0.99	0.00	0.99-0.98	2.94
Porcentaje de viviendas con agua de acueducto	0.00	0.54	0.00	0.93	0.93-0.93	0.00	5,906.03	0.40				
Porcentaje de hogares con carencia de albergue digno	0.00	0.51	0.00	1.14	1.14-1.15	0.00	5,991.11	0.39				
Porcentaje de viviendas en mal estado	0.00	0.54	0.00	1.21	1.20-1.22	0.00	6,124.01	0.38				
Porcentaje de población indígena y afrodescendiente	0.00	0.49	0.00	1.06	1.05-1.06	0.00	6,188.17	0.37				
Porcentaje de viviendas con cielo raso	0.00	0.45	0.00	0.96	0.95-0.96	0.00	6,347.66	0.36				
Porcentaje de viviendas hacinadas según aposentos^c	0.00	0.39	0.00	1.43	1.42-1.46	0.00	6,386.23	0.35	1.06	0.00	1.04-1.08	1.83
Índice de Desarrollo Social: Dimensión Económica	0.00	0.57	0.00	0.95	0.94-0.95	0.00	6,739.61	0.32				
Porcentaje de población indígena	0.00	0.45	0.00	1.06	1.05-1.06	0.00	6,828.56	0.31				
Porcentaje de hogares con carencia de acceso a otros bienes y servicios	0.11	0.49	0.00	1.29	1.27-1.30	0.00	7,023.29	0.29				
Porcentaje de analfabetismo	0.00	0.60	0.00	1.48	1.46-1.50	0.00	7,024.79	0.29				
Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de alcantarillado o tanque séptico	0.00	0.45	0.00	0.91	0.91-0.92	0.00	7,031.66	0.29				
Porcentaje de población afrodescendiente^c	0.00	0.26	0.02	1.28	1.23-1.29	0.00	7,231.16	0.27	1.10	0.00	1.091-1.12	1.42
Razon de masculinidad^c	0.62	0.40	0.00	1.15	1.15-1.16	0.00	8,082.57	0.18	1.03	0.00	1.02-1.04	2.27
Porcentaje de población urbana	0.01	- 0.40	0.00	0.98	0.97-0.98	0.00	8,314.94	0.16				
Porcentaje de cobertura forestal	0.00	0.46	0.00	1.30	1.28-1.31	0.00	8,637.98	0.12				
Razón de masculinidad en zona rural	0.00	0.40	0.00	1.02	1.02-1.03	0.00	9,056.22	0.08				
Índice de GINI	0.00	0.28	0.01	1.14	1.13-1.15	0.00	9,096.32	0.08				
Porcentaje de hogares pobres^c	0.00	0.29	0.01	1.33	1.29-1.35	0.00	9,248.64	0.06	1.22	0.00	1.19-1.26	1.14
Razón de masculinidad en zona urbana	0.45	0.99	0.00	1.95	1.09-1.10	0.00	9,298.98	0.06				
Tasa de desempleo abierto	0.15	0.02	0.86	1.39	1.34-1.44	0.00	9,519.87	0.03				
Porcentaje de población asegurada	0.00	0.17	0.13	0.95	0.95-0.96	0.00	9,605.66	0.02				
Promedio de ocupantes por vivienda	0.00	0.04	0.70	2.14	1.85-2.48	0.00	9,741.26	0.01				
Porcentaje de viviendas de tipo tugurio	0.00	0.02	0.87	0.75	0.69-0.81	0.00	9,791.27	0.01				
Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de salida directa a zanja, río o estero	0.00	0.45	0.00	0.91	0.90-0.91	0.00	9,808.61	0.29				
									R2	0.74		2.05

(^a) Prueba de normalidad: Shapiro Francia (^b) Correlación: Spearman (^c) Variables del modelo multivariado final (^d) El factor de inflación de la varianza (VIF) es de 2.05 por lo que no hay multicolinealidad. Hay sobredispersión por lo que se hace regresión binomial negativa.

Fuente: Elaboración propia.

En el modelo A las variables identificadas como factores protectores, se infiere que por cada unidad registrada del acceso de información y comunicaciones se reduce el riesgo en un 9% entre cantones de tener una incidencia acumulada de leishmaniasis alta ajustado por todas las variables. Además, por cada unidad registrada en la dimensión educativa se reduce el riesgo entre cantones en un 2% ajustado por todas las variables.

En el modelo B las variables identificadas como factores de riesgo, se interpreta que por cada porcentaje de hogares con carencia de albergue digno se aumenta el riesgo entre cantones en un 8% ajustado por todas las variables. Seguidamente, por

cada unidad en la razón de masculinidad se aumenta el riesgo entre cantones en un 13% ajustado por todas las variables. También por cada porcentaje en la distribución de la población afrodescendiente se aumenta el riesgo entre cantones en un 27% ajustado por todas las variables. Y finalmente, por cada porcentaje en la distribución hogares pobres se aumenta el riesgo en un 36% entre cantones de tener una incidencia acumulada de leishmaniasis alta ajustado por todas las variables (Figura 2).

El Índice de Moran Local Univariante es 0.55 lo que significa una autocorrelación espacial positiva y agrupación de los datos. En nueve cantones hay asociación local espacial alta

Tabla 2. Modelo bivariado y multivariado de regresión binomial negativa para estimar la medida de asociación (IRR) ajustada entre factores socioambientales y la incidencia acumulada estandarizada de leishmaniasis a nivel cantonal en Costa Rica, 2018-2021

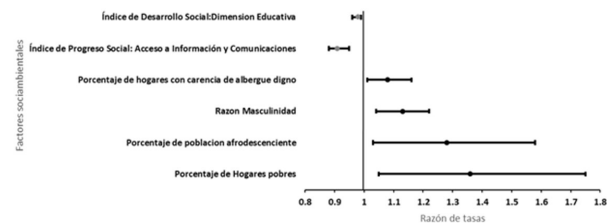
Variables independientes	Prueba de Normalidad a	correlación b	p (correlación)	Modelo bivariado				Modelo multivariado (A-Factores protectores)				Modelo multivariado (B-Factores de riesgo)					
				IRR	IC	p	AIC	R2	IRR	p	IC	Vif	IRR	p	IC	Vif	
Índice de Progreso Social: Acceso a Información y Comunicaciones^{6*}	0.11	0.55	0.00	0.86	0.84-0.89	0.00	586.13	0.11	0.91	-	0.88-0.95	2.13					
Índice de Desarrollo Social: Dimensión Educativa^{6*}	0.00	0.63	0.00	0.95	0.94-0.96	0.00	590.10	0.11	0.98	-	0.96-0.99	2.13					
Porcentaje de viviendas con agua de acueducto	0.00	0.54	0.00	0.89	0.86-0.93	0.00	618.52	0.06									
Porcentaje de hogares con carencia de albergue digno^{6*}	0.00	0.51	0.00	1.21	1.14-1.29	0.00	616.90	0.66					1.08	0.02	1.01-1.16	1.84	
Porcentaje de viviendas en mal estado	0.00	0.54	0.00	1.30	1.22-1.39	0.00	606.60	0.08									
Porcentaje de población indígena y afrodescendiente	0.00	0.49	0.00	1.16	1.06-1.27	0.00	630.82	0.04									
Porcentaje de viviendas con cielo raso	0.00	0.45	0.00	0.95	0.94-0.96	0.00	610.09	0.08									
Porcentaje de viviendas hacinadas según aposentos	0.00	0.39	0.00	1.57	1.31-1.90	0.00	630.10	0.05									
Índice de Desarrollo Social: Dimensión Económica	0.00	0.57	0.00	0.96	0.95-0.97	0.00	623.54	0.06									
Porcentaje de población indígena	0.00	0.45	0.00	11.12	1.02-124	0.02	640.31	0.03									
Porcentaje de hogares con carencia de acceso a otros bienes y servicios	0.11	0.49	0.00	1.44	1.32-1.57	0.00	613.21	0.07									
Porcentaje de analfabetismo	0.00	0.60	0.00	2.18	1.76-2.70	0.00	613.05	0.07									
Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de alcantarillado o tanque séptico	0.00	0.45	0.00	0.86	0.79-0.92	0.00	633.36	0.04									
Porcentaje de población afrodescendiente^{6*}	0.00	0.26	0.02	1.78	1.31-2.41	0.00	634.61	0.04					1.28	0.02	1.03-1.58	1.24	
Razon de masculinidad^{6*}	0.62	0.40	0.00	1.75	1.97-1.26	0.00	640.70	0.03					1.13	-	1.04-1.22	1.61	
Porcentaje de población urbana	0.01	- 0.40	0.00	0.96	0.95-0.98	0.00	635.10	0.03									
Porcentaje de cobertura forestal	0.00	0.46	0.00	1.58	1.18-2.13	0.00	646.53	0.02									
Razón de masculinidad en zona rural	0.00	0.40	0.00	1.02	1.01-1.32	0.00	647.79	0.18									
Índice de GINI	0.00	0.28	0.01	1.13	1.02-1.26	0.21	654.08	0.01									
Porcentaje de hogares pobres^{6*}	0.00	0.29	0.01	1.81	1.18-2.79	0.01	650.90	0.01					1.36	0.20	1.06-1.75	1.13	
Razón de masculinidad en zona urbana	0.45	0.99	0.00	1.06	0.99-1.13	0.10	657.07	0.01									
Tasa de desempleo abierto	0.15	0.02	0.86	1.38	0.92-2.51	0.12	657.25	0.00									
Porcentaje de población asegurada	0.00	0.17	0.13	0.94	0.87-1.92	0.16	657.58	0.00									
Promedio de ocupantes por vivienda	0.00	0.04	0.70	2.51	0.39-15.95	0.33	658.79	0.00									
Porcentaje de viviendas de tipo tugurio	0.00	0.02	0.87	0.67	2.69-1.69	0.40	659.10	0.11									
Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de salida directa a zanja, río o estero	0.00	0.45	0.00	0.82	0.48-1.40	0.47	659.27	0.00									
									R2	0.13			2.13	R2	0.08		1.45

(*) Prueba de normalidad: Shapiro Francia (**) Correlación: Spearman (°) Variables del modelo multivariado A. (°) Variables del modelo multivariado B (°) Variables del modelo multivariado C. El factor de inflación de la varianza (VIF) Modelo A: 2.13 Modelo B: 1.45 Modelo C: 2.40, no hay multicolinealidad.

Fuente: Elaboración propia.



Figura 2. Modelo multivariado A y B de regresión binomial negativa para estimar la medida de asociación (IRR) ajustada entre factores socioambientales y la incidencia acumulada estandarizada de leishmaniasis a nivel cantonal en Costa Rica, 2018-2021

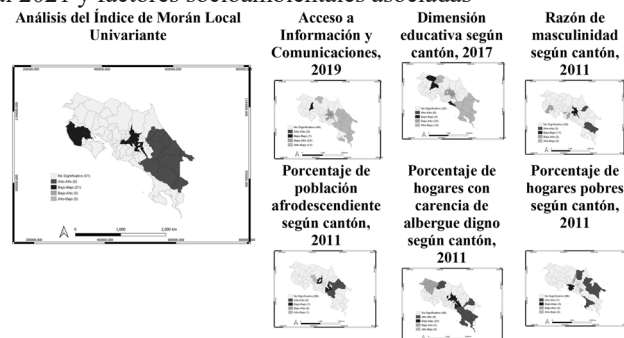


Modelo A + Modelo B • El factor de inflación de la varianza (VIF) Modelo A es de 1.13 por lo que no hay multicolinealidad. Modelo B es de 1.45 por lo que no hay multicolinealidad. R2 Modelo A se explica en un 13%. Modelo B se explica en un 8%.

Fuente: Elaboración propia.

ubicados en las provincias de Limón, Cartago, San José y Puntarenas, veintidós cantones con asociación local espacial baja principalmente en San José, Cartago y Guanacaste. Se evidencia Cartago con asociación baja cerca de una zona con cantones de asociación alta, límite directo del cantón de Pérez Zeledón de la provincia de San José (Figura 3).

Figura 3. Análisis del Índice de Morán Local Bivariante: incidencia acumulada estandarizada de leishmaniasis del 2018 al 2021 y factores socioambientales asociadas



Fuente: Elaboración propia.

El análisis del Índice de Moran Local Bivariante respecto de la IAEC de leishmaniasis 2018-2021 y las variables independientes del modelo multivariado A, el porcentaje de acceso a la información y comunicación es -0.50 y la dimensión educativa es -0.35 , lo que indica en ambos factores socioambientales que hay autocorrelación espacial negativa, evidenciando dispersión en los datos; se presentan clúster con asociación alta baja en la zona del caribe, zona del pacífico y zona sur, además clúster de asociación bajo alto en el centro del país.

Mientras las variables independientes del modelo multivariado B, el porcentaje de población afrodescendiente tiene un Índice de Morán de 0.30 , el porcentaje de carencia de albergue digno

es de 0.32 , la razón de masculinidad según cantón es de 0.23 , y el porcentaje de hogares pobres es de 0.21 , indicando una autocorrelación espacial positiva lo que significa agrupación de los datos, con clúster de asociación alta en los cantones del caribe y pacífico central y clúster de asociación baja en el valle central.

Discusión

En la investigación se identificaron dos factores protectores: dimensión educativa y porcentaje de acceso a la información.

En el caso de dimensión educativa permite medir el acceso a los servicios de educación favoreciendo el desarrollo del capital humano por parte de la población en el país⁹. Por lo cual la incorporación del sector educativo por medio de programas de educación para la salud en la etapa escolar relacionado a la prevención, manejo, conocimiento del vector permite una participación de la comunidad¹⁰. En el estudio de Patiño-Londoño *et al* 2017²⁴ realizan la recomendación de implementar procesos formativos con docentes sobre leishmaniasis cutánea lo cual permite mediante programas, brindar información para que reciban atención oportuna²⁴. Sin embargo, en *Education at a Glance 2021*, de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), se reportan disparidades en la educación de adultos de 25-64 años con educación profesional, entre diferentes regiones del país la cual puede variar desde 9% en la región Huetar Norte a 27% en la región Central¹¹.

Con respecto al factor protector de acceso a la información y las comunicaciones^{12,13}, en Madrid¹⁴ como parte de las acciones realizadas para controlar el brote de leishmaniasis, se han elaborado notas, cartas informativas, folletos, dirigidos a diferentes sectores de la población de la zona de riesgo a través de diferentes canales incluidos internet y las redes sociales.

La accesibilidad a la información es uno de los pilares del derecho a la salud proclamado por la OMS. Esta accesibilidad debe ser evaluada no sólo para identificar los posibles obstáculos que puede enfrentar la población para acceder a este derecho, sino también para describir la afectación hacia las personas en caso de no poder informarse debidamente sobre temas relevantes en salud pública¹⁵.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son la herramienta más importante para la población en temas de accesibilidad a la información. Por ejemplo, el internet, tiene grandes repercusiones tanto en la salud pública como en las inequidades en salud¹⁶.

El trabajo conjunto entre los medios de comunicación y las TIC, ha hecho que la promoción de la salud alcance a difundirse y romper barreras geográficas y de accesibilidad

a diferentes poblaciones, poniendo a la mano información relevante a personas que deseen tener conocimiento sobre temas de salud que les afectan directamente, como por ejemplo una enfermedad endémica y la manera de recibir atención oportuna.

En el caso particular de América Latina, hay algunos países que han destinado esfuerzos y recursos al desarrollo de las plataformas digitales, mientras que algunos otros países no, por tanto, si no se resuelve esta brecha digital, el potencial de estas TIC puede verse comprometido¹⁷.

Con relación a los factores de riesgo se identifican 4 específicos: razón de masculinidad, porcentaje de población afrodescendiente, porcentaje de hogares con carencia de albergue digno y porcentaje de hogares pobres. En este estudio se evidencia la presencia de clústers con valores altos con cercanía uno del otro, entre la IAEC de leishmaniasis del 2018 al 2021 y la razón de masculinidad, en cantones localizados en la provincia de Limón y Puntarenas, entre estos Siquirres, Buenos Aires y Coto Brus.

Se puede observar como en el país las ocupaciones realizadas pueden variar de acuerdo con las actividades económicas de las zonas considerando que de acuerdo con el sexo también pueden diferir las ocupaciones. A nivel del país el 6.5% de la población masculina ocupada de 15 años y más realiza actividades como agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, contrastando con los cantones identificados con autocorrelación espacial este porcentaje es de 7.2% en Siquirres, 27.1% en Buenos Aires y 26.7% en Coto Brus¹⁸.

No se puede excluir la dinámica social y el comportamiento asociado al género que puedan desempeñar un papel en la disposición a buscar atención médica y el resultado de la leishmaniasis¹⁶. También puede diferir dependiendo de múltiples variables que tiene una interacción compleja entre el medio ambiente, el género del huésped y los factores biológicos^{19,20,21}.

Respecto al factor de riesgo porcentaje de población afrodescendiente; la leishmaniasis se distribuye por todo el territorio nacional, sin embargo, según el informe de Dirección de la vigilancia de la salud del 2014, las provincias de Limón, Puntarenas, Alajuela y San José son las que han presentado el mayor número de casos²².

Se evidencia una autocorrelación espacial positiva entre la IAEC de leishmaniasis del 2018 al 2021 y el porcentaje de población afrodescendiente para los cantones de Matina, Limón, Turrialba, Pérez Zeledón y San Ramón, además, se presenta agrupación de los datos en los cantones mencionados de la zona sur del país, que comparten al menos un límite.

No se ha descrito hasta el momento, alguna predisposición genética de la etnia negra a sufrir leishmaniasis ni a presentar cuadros más complicados en caso de adquirir la enfermedad. La leishmaniasis se ha presentado como un problema de salud pública en la Región Huetar Atlántica, donde tanto la enfermedad, como los vectores flebótomos se han declarado endémicos, por lo que se podría inferir que la relación está determinada únicamente por la presencia de esta población en un área donde la enfermedad es endémica²³.

En un estudio hecho por Pinto *et al* en el año 2020, se evidencia la relación entre la piel morena y el patrón de infección, sin embargo, le atribuyen esta relación a que en el sitio de estudio existe una población de piel morena en mayor cantidad comparado con poblaciones de otras etnias²⁴.

El porcentaje de hogares pobres es un factor de riesgo existiendo relación entre la aparición de la enfermedad y la capacidad adquisitiva de los hogares, siendo mayor el riesgo en población pobre^{21,25,26,27,28}.

El estudio además evidencia autocorrelación espacial positiva en el porcentaje de hogares pobres, indicando agrupación de los datos en cantones que comparten límites, principalmente localizados en la provincia de Limón, en cantones como Limón Central, y Talamanca, los cuales según la literatura se mantienen regularmente por debajo de la línea de pobreza y pobreza extrema respecto a otros cantones del país²⁹.

El porcentaje de carencia de albergue digno es un factor de riesgo, tal como lo evidencia la literatura, el tamaño de la vivienda las condiciones espaciales de la misma, el estado de las paredes, de saneamiento, número de ventanas y habitaciones, condiciones precarias e insalubres, así como la cantidad de personas que residen en ellas son factores de riesgo para la presencia de la enfermedad^{27,30,31,32}.

Existe autocorrelación espacial positiva en el porcentaje de carencia de albergue digno, evidenciando agrupación de los datos en cantones cercanos, la literatura indica que la totalidad de los cantones con asociación alta poseen un porcentaje superior al 14% de carencia de albergue digno, ubicándose en los niveles superiores respecto al resto del país³².

Conclusiones

Se observa que los cantones con mayor IAEC de leishmaniasis fueron los localizados principalmente en el caribe y zona sur, liderado por los cantones de Talamanca, Limón y Guácimo, además de algunos cantones de la zona del pacífico sur y zona norte del país.

Se identifican como factores socioambientales relacionados con la IAEC de leishmaniasis en Costa Rica del año 2018

al 2021, como factores de riesgo el porcentaje de hogares con carencia de albergue digno, porcentaje de población afrodescendiente, razón de masculinidad, porcentaje de hogares pobres; y como factores protectores el acceso a la información y comunicaciones y la dimensión educativa.

Por último, se identificaron clústeres de autocorrelación espacial alta entre las variables identificadas en esta pesquisa como factores protectores y de riesgo, principalmente en cantones ubicados en la zona del caribe y zona sur del país, así como clústeres de autocorrelación espacial baja en cantones de la gran área metropolitana.

Limitaciones

En el estudio se realiza análisis de factores socioambientales que se encuentran disponibles y se habían verificado su relación en otras pesquisas, sin embargo, otras investigaciones visibilizan otros factores de riesgo como el impacto del cambio ambiental o el uso de los suelos que podrían influir en los insectos vectores de la leishmaniasis^{33,34}, los cuales no fueron tomados en cuenta en esta pesquisa.

El estudio proporciona una comprensión profunda de los factores protectores y de riesgo identificados en relación con la incidencia de leishmaniasis en Costa Rica entre 2018 y 2021. Sin embargo, es importante mencionar algunas limitaciones del estudio debido a su naturaleza ecológica, con la finalidad de no afectar la interpretación de los resultados, la aplicabilidad de las conclusiones y evitar incurrir en una “Falacia Ecológica”:

Categorización de Factores: El estudio se basa en factores categóricos, como el porcentaje de hogares con carencia de albergue digno o el porcentaje de población afrodescendiente. Esta categorización puede simplificar en exceso la complejidad de las interacciones entre los diferentes factores de riesgo y protectores.

Recopilación de Datos: El uso de datos del Censo Poblacional de 2011 podría introducir una limitación temporal, ya que los patrones socioeconómicos y demográficos pueden haber cambiado con el paso de los años. Lo ideal sería contar con datos más recientes para una imagen más precisa. Sin embargo, son los datos que actualmente dispone Costa Rica y se encuentran en el plazo límite para la elaboración de estudios ecológicos.

Factores Ambientales: La investigación se centra en factores socioeconómicos y educativos, dejando de lado aspectos ambientales, como el cambio climático y el uso del suelo. Estos factores pueden tener un impacto significativo en la distribución de los vectores de leishmaniasis y deberían considerarse en futuras investigaciones.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El Comité Ético Científico de la Universidad Nacional concluye que, pese a que el estudio se clasifica como biomédico, al ser un estudio retrospectivo y con manejo de datos anónimos de acceso público no debió ser sometido a un Comité Ético Científico, referencia UNA-CECUNA-OFFIC-051-2022.

Contribución de los autores

Conceptualización: AEM, AFC, LST, DPH; Curación de datos: AEM, AFC, LST, DPH; Análisis formal: AEM, AFC, LST, DPH; Adquisición de Financiamiento: AEM, AFC, LST, DPH; Investigación: AEM, AFC, LST, DPH; Metodología: AEM, AFC, LST, DPH; Administración de proyecto: AEM, AFC, LST, DPH; Recursos: AEM, AFC, LST, DPH; Software: AEM, AFC, LST, DPH; Supervisión: AEM, AFC, LST, DPH; Validación: AEM, AFC, LST, DPH; Visualización: AEM, AFC, LST, DPH; Redacción – Borrador original: AEM, AFC, LST, DPH; Redacción: revisión y edición: AEM, AFC, LST, DPH.

Agradecimiento

Se agradece a la Profesora Rebeca Alvarado Prado, el Profesor Leonel Córdoba Gamboa y el Profesor Juan José Romero Zúñiga de la Universidad Nacional de Costa Rica por la guía académica e intelectual en el proceso de elaboración del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Magister en Epidemiología con énfasis en Epidemiología Aplicada a los Sistemas de Salud.

Referencias

1. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50524>
2. Sanchez Saldaña L. Leishmaniasis [Internet]. Dermatología Peruana; 2004. (vol 14; vol. 2). Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v14_n2/pdf/a02.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Infecciosas Desatendidas [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31399>

4. Bayles BR, Rusk AE, Pineda MA, Chen B, Dagy K, Hummel T, et al. Spatiotemporal trends of cutaneous leishmaniasis in Costa Rica. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2021 May 1;115(5):569–71. [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://academic.oup.com/trstmh/article-abstract/115/5/569/5942656?redirectedFrom=fulltext&login=false>
5. Maia-Elkhoury ANS, Magalhães Lima D, Salomón OD, Buzanovsky LP, Saboyá-Díaz MI, Valadas SYOB, et al. Interacción entre los determinantes medioambientales y socioeconómicos para el riesgo para leishmaniasis cutánea en América Latina. *Rev Panam Salud Pública.* 2021 May 10;45:e49. [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53773/v45e492021.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
6. Jaramillo Antillón O, Espinoza Aguirre A, Lobo Philp R. Estado actual de la leishmaniasis en Costa Rica. *Acta Médica Costarric* [Internet]. 2009 Jun 17 [cited 2021 Oct 5];51(3). Available from: http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/442
7. Plan de Acción para Fortalecer la Vigilancia y Control de la Leishmaniasis en las Américas 2017-2022. Organización Panamericana de la Salud; 2016 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-fortalecer-vigilancia-control-leishmaniasis-americas-2017-2022>
8. Borja-Aburto VH. Estudios ecológicos. *Salud Pública México.* 2000 Nov;42:533–8. [Internet]. 2000 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2232/223219929010.pdf>
9. Abarca P. Resumen IDS 2017 actualizado.pdf. MIDEPLAN [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 7]. Available from: <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/LOGWBZnfRceDJjpxwm7zFQ>
10. Feliciangeli MD. Leishmaniasis en Venezuela: Situación actual, acciones y perspectivas para el control vectorial en el marco de un programa de control multisectorial. *Bol Malaria Salud Ambient.* 2014 Jun;54(1):1–7. [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 7]. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482014000100001
11. OECD. *OECD Handbook for Internationally Comparative Education Statistics 2018: Concepts, Standards, Definitions and Classifications* [Internet]. OECD; 2018 [cited 2022 Jun 10]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/education/oecd-handbook-for-internationally-comparative-education-statistics-2018_9789264304444-en
12. Índice de Progreso Social Cantonal 2019 [Internet]. INCAE. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.incae.edu/es/clacds/proyectos/indice-de-progreso-social-cantonal-2019.html>
13. Social Progress Imperative [Internet]. Social Progress Imperative. [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.socialprogress.org/>
14. Dirección General de Salud Pública. Leishmaniasis en la Comunidad de Madrid [Internet]. Salud Madrid [cited 2022 Jun 6]. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017837.pdf>
15. Derechos humanos [Internet]. Who.int. [citado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
16. Castiel LD, Sanz-Valero J. El acceso a la información como determinante social de la salud. *Nutr Hosp* [Internet]. 2010 [citado el 26 de enero de 2024];25:26–30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900004
17. Beatriz S, Ruiz L, Rojo Pérez N, Caraballoso Hernández M, Capote Mir R, Piñero JP. Las tecnologías de información y comunicación y la gestión del conocimiento en el sector salud [Internet]. *Sld.cu.* 2005 [citado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300008
18. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Costa Rica. *X censo nacional de población y VI de vivienda 2011: características económicas.* 1a ed. San José: INEC; 2011. 444 p. [Internet] INEC [cited 2022 Jun 6]. Available from: <http://sistemas.inec.cr/pad5/index.php/catalog/113>
19. Lockard RD, Wilson ME, Rodríguez NE. Sex-Related Differences in Immune Response and Symptomatic Manifestations to Infection with Leishmania Species. *J Immunol Res.* 2019 Jan 10;2019:4103819. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jir/2019/4103819/>
20. Akuffo R, Wilson M, Sarfo B, Attram N, Mosore MT, Yeboah C, et al. Prevalence of Leishmania infection in three communities of Oti Region, Ghana. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021 May 27;15(5):e0009413. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 1] Available from: https://www.researchgate.net/publication/351924599_Prevalence_of_Leishmania_infection_in_three_communities_of_Oti_Region_Ghana

21. Amarasinghe A, Wickramasinghe S. A Comprehensive Review of Cutaneous Leishmaniasis in Sri Lanka and Identification of Existing Knowledge Gaps. *Acta Parasitol.* 2020 Jun;65(2):300–9. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://link.springer.com/article/10.2478/s11686-020-00174-6>
22. Ministerio de Salud. Memoria Institucional 2014-2018. [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/memorias-institucionales/791-memoria-institucional-2014-2018/file>
23. Gómez-Carrillo RMV. Interacción entre Paisaje, Condición Socio-Económica y la Presentación de Leishmaniasis y Enfermedad de Chagas en la región Huetar Atlántica, Costa Rica. Universidad Nacional de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado Instituto Internacional en Conservación y Manejo de Vida Silvestre. :67. [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/14291/Rosa%20Maria%20Viviana%20G%C3%B3mez%20Carrillo.pdf?sequence=1>
24. Marra M, Mendonça M, De Assis A, Eustáquio P et al. Profile of American tegumentary leishmaniasis in transmission areas in the state of Minas Gerais, Brazil, from 2007 to 2017. *BMC Infect Dis.* 2020 Feb 22;20(1):163. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-020-4860-z>
25. Wijerathna T, Gunathilaka N, Gunawardena K, Rodrigo W. Socioeconomic, demographic and landscape factors associated with cutaneous leishmaniasis in Kurunegala District, Sri Lanka. *Parasit Vectors.* 2020 Dec;13(1):244. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://parasitesandvectors.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13071-020-04122-1>
26. Bamorovat M, Sharifi I, Dabiri S, Shamsi Meymandi S, Karamoozian A, Amiri R, et al. Major risk factors and histopathological profile of treatment failure, relapse and chronic patients with anthroponotic cutaneous leishmaniasis: A prospective case-control study on treatment outcome and their medical importance. Machado PRL, editor. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021 Jan 28;15(1):e0009089. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0009089>
27. Valero NNH, Uriarte M. Environmental and socioeconomic risk factors associated with visceral and cutaneous leishmaniasis: a systematic review. *Parasitol Res.* 2020 Feb;119(2):365–84. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00436-019-06575-5>
28. Okwor I, Uzonna J. Social and Economic Burden of Human Leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg.* 2016 Mar;94(3):489–93. [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpm/94/3/article-p489.xml>
29. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Costa Rica Mapas de Pobreza 2011. Setiembre, 2011. [Internet]. 2013 [cited 2022 May 31]. Available from: <https://inec.cr/busqueda?searchtext=mapas%2520pobreza%25202011>
30. Bamorovat M, Sharifi I, Dabiri S, Shamsi Meymandi S, Karamoozian A, Amiri R, et al. Major risk factors and histopathological profile of treatment failure, relapse and chronic patients with anthroponotic cutaneous leishmaniasis: A prospective case-control study on treatment outcome and their medical importance. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021 Jan;15(1):e0009089. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0009089>
31. Karimi T, Sharifi I, Aflatoonian MR, Aflatoonian B, Mohammadi MA, Salarkia E, et al. A long-lasting emerging epidemic of anthroponotic cutaneous leishmaniasis in southeastern Iran: population movement and peri-urban settlements as a major risk factor. *Parasit Vectors.* 2021 Dec;14(1):122. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://parasitesandvectors.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13071-021-04619-3>
32. Giancchetti E, Montomoli E. The enemy at home: leishmaniasis in the Mediterranean basin, Italy on the focus. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2020 Jun 2;18(6):563–77. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 1] Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14787210.2020.1751611?journalCode=ierz20>
33. Carvalho GM de L, Silva DF, Xavier L do A, Soares JVR, Ramos VDV, Madureira AP, et al. Sand fly bioecological aspects and risk mapping of leishmaniasis by geographical information systems approach in a mineral exploration area of Brazil. *Acta Trop.* 2022 Aug 1;232:106491. [Internet]. 2022 [cited 2022 Agost 1] Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X22001838?via%3Dihub>



34. Andreo V, Rosa J, Ramos K, Salomón OD. Ecological characterization of a cutaneous leishmaniasis outbreak through remotely sensed land cover changes. *Geospatial Health* [Internet]. 2022 May 6 [cited 2022 May 31];17(1). Available from: <https://geospatialhealth.net/index.php/gh/article/view/1033>



El hogar como área laboral en pandemia y las lesiones no intencionales

The home as a work area in a pandemic and unintentional injuries

Elizabeth Sevilla¹,  Luis Pérez-García² 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5706

Artículo Original

• Fecha de recibido: 24 de noviembre de 2023 • Fecha de aceptado: 6 de marzo de 2024 • Fecha de publicación: 17 de abril de 2024

Autor de correspondencia

Elizabeth Sevilla. Dirección postal: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Departamento de Ciencias Sociales, Sierra Mojada No. 950. Col. Independencia. C.P. 44340 Guadalajara, Jalisco, México.
Correo electrónico: elizros@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Conocer las características de las lesiones no intencionales en niños en el hogar, durante la pandemia y la opinión de los padres de familia acerca de su creencia sobre si la cuarentena favorece o no las lesiones no intencionales en niños.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Método de encuesta anónima en línea durante el confinamiento en los hogares. Se invitó a participar a quienes laboran en escuelas para comentarlo con padres de familia de forma libre y entre sus conocidos. Con el programa de Excel se analizaron las respuestas a través de frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se recibieron 75 formularios. La edad promedio de los niños fue de 7 años. 32% de los hogares presentaron lesiones no intencionales. Las caídas y las quemaduras fueron las más frecuentes. El 72% no cree que trabajar desde casa y cuidar a los niños favorezca la frecuencia de lesiones no intencionales.

Conclusiones: La seguridad no debe descuidarse en el hogar por estar en varias actividades a la vez durante la pandemia. El cuidado de los niños es vital para evitar lesiones no intencionales.

Palabras clave: Heridas y lesiones; Niño; Pandemias; Vivienda popular; Trabajo.

Abstract

Objective: To know the characteristics of unintentional injuries in children at home during the pandemic and the opinion of parents about their belief about whether or not quarantine favors unintentional injuries in children.

Material and methods: Descriptive study. Anonymous online survey method during home confinement. Those who work in schools were invited to participate to discuss it freely with parents and among their acquaintances. With the Excel program, the responses were analyzed through frequencies and percentages.

Results: 75 forms were received. The average age of the children was 7 years. 32% of the households presented unintentional injuries. Falls and burns were the most frequent unintentional injuries. 72% do not believe that working from home and caring for children favors the frequency of unintentional injuries. And the exposure to the different dangers of the home, both in time and areas, increased due to not being able to go out. The fun was found in the areas of the home that were transformed into places of recreation.

Conclusions: Safety should not be neglected at home by being in several activities during the pandemic. Child care is vital for prevent injuries.

Keywords: Wounds and injuries; Child; Pandemics; Public housing; Work.

¹ Doctora en Ciencias Sociomédicas. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Departamento de Ciencias Sociales. Guadalajara, Jalisco, México.

² Doctor en Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Departamento de Ciencias Sociales. Guadalajara, Jalisco, México.



Introducción

En diciembre de 2019 el mundo se vio azotado por un nuevo coronavirus originado en China^{1,2}. A partir de entonces para contrarrestar el contagio inminente de la pandemia, muchas de las actividades comerciales fueron suspendidas y el resto sufrió una modificación radical en la forma de trabajar^{3,4}.

La modalidad virtual fue la panacea global. El confinamiento en casa fue necesario. Muchos padres de familia que trabajaban se vieron obligados a desempeñar “home office”. También las actividades escolares fueron transformadas a aulas virtuales y, por ende, millones de niños se quedaron en casa a recibir clases virtuales⁵. Esto condicionó que el cuidado durante un mayor tiempo se viera relegado, puesto que se trabajaron en el hogar las funciones que se hacían en el área laboral, mientras los niños acudieron a la escuela de forma virtual en la casa. Se ha referido⁶ que la atención en el cuidado del niño, así como prever lo que pueda suceder, son características de un buen cuidador. Elementos que en tiempos de pandemia fueron casi suprimidos por tener la responsabilidad de trabajar mientras los niños están en casa sin observación de los padres de familia. En otros hogares monoparentales los niños quedaban al cuidado de abuelos o solos, mientras la cabeza de hogar salía a cumplir con las responsabilidades laborales⁷. Esta situación ha prevalecido desde tiempo atrás⁸, sin embargo, se agudizó por las condiciones de adaptación escolar en casa, es decir, el niño permaneció el doble de tiempo al cuidado del abuelo o solo.

Las lesiones no intencionales (LNI) representan un gran porcentaje de las causas de muerte, hospitalización y discapacidad en el mundo⁹. En los niños de 5 a 9 años ocupan la primera causa de muerte, de 1 a 4 años la segunda causa y la tercera causa en los menores de 1 año¹⁰.

Es conocido que las LNI son más frecuentes en el hogar. Esto debido a que los riesgos en el hogar, si no son controlados, pueden derivar en LNI. Estos riesgos son diversos como fuego, objetos punzocortantes, escaleras, sustancias de limpieza, medicamentos, entre otros. De manera que al estar los niños todo el tiempo en casa, la existencia de lesión se vuelve una posibilidad. Y una vez que se presenta una LNI, la dinámica familiar se altera¹¹, los roles se modifican o reestructuran para realizar diversas actividades, y todo ello afecta a los niños lesionados, a sus hermanos y a los padres de familia. Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue conocer las características de las LNI en niños en el hogar durante la pandemia y la opinión de los padres de familia acerca de su creencia de que la cuarentena favorece o no las LNI en niños.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo. La metodología fue híbrida. Método de encuesta anónima realizada en los formularios (Google Forms) y enviada como cuestionario por vía telefónica, es decir por medio de un mensaje de chat a cada participante. Se realizó durante la fase de confinamiento en los hogares. El tamaño de muestra fue por bola de nieve teniendo como marco muestral preescolares estatales de distintos Municipios de Jalisco y Estados de la República Mexicana. El estudio se realizó durante dos semanas del mes de febrero 2021.

Se contactó a diferentes personas que trabajan en escuelas de niños. Se les invitó a compartir el link del cuestionario con las mamás de su grupo. Esta invitación se hizo extensiva sin condicionar su contestación o recibir una sanción o incentivo. También se invitó a participar a personas que tenían niños pequeños y se les exhortó a que lo hicieran extensivo entre sus conocidos. No hubo criterio de exclusión para contestar la encuesta, los criterios de inclusión eran ser el papá, la mamá, el abuelo, abuela, tío o tía, siempre y cuando se encargaran del cuidado del niño en el hogar. El tiempo para recibir la respuesta una vez que se hizo la invitación fue de cuatro meses (febrero a mayo 2021).

Los ítems del cuestionario fueron divididos por secciones de acuerdo con las características sociodemográficas del encuestado, el tipo de hogar, condiciones del trabajo, y características de las LNI. Se incluyeron dos preguntas abiertas para abordar las creencias sobre las lesiones no intencionales: 1) Trabajar desde casa y cuidar a los hijos, ¿cree que pueda originar una lesión no intencional?, 2) ¿Por qué cree que sucedieron las lesiones no intencionales en su hogar durante la pandemia?.

La encuesta fue validada con una niñera, es decir, personal encargado del cuidado de niños en preescolar, y dos madres de familia de dos niños menores de 5 años quienes emitieron sus comentarios sobre las preguntas que eran confusas o que era difícil o lento contestar. Posteriormente se realizaron las adecuaciones para su mejor comprensión y rápida contestación.

En las consideraciones éticas, al inicio de la encuesta se informó la temática y se invitó de manera libre a participar. No hubo obligatoriedad al contestarlo puesto que no se conocía a quien se invitaba y de la misma manera no se conocía quien invitaba. Para la protección de la identidad del sujeto y la confidencialidad de la participación se obtuvo consentimiento informado a través de una pregunta en el mismo formulario, la cual encabezaba el formulario: “si estaba de acuerdo en participar” y, de ser así, se agradecía contestar el cuestionario y, se indicó que, de enviar el formulario contestado, se aceptaba participar de forma voluntaria y libre. En el formulario no se

solicitó nombres, aun así, se indicó que el manejo de los datos sería anónimo y que en cualquier momento eran libres de dejar de contestar y rechazar la encuesta, se indicaba el objetivo del estudio y el alcance del manejo de los datos obtenidos de las respuestas del formulario para fines académicos. Por último, se proporcionó el número de contacto del investigador principal.

Antes de las preguntas referentes a la investigación, se redactó un encabezado con las generalidades de la misma, se explicó por qué se hacía mención del término lesión no intencional en vez de accidentes. También se proporcionaron los datos de contacto de la investigadora para cualquier duda. El análisis de la información se realizó en el programa de Excel a través de frecuencias y porcentajes.

Resultados

Se recibieron por medio electrónico 75 formularios contestados por padres de familia de distintos preescolares estatales. La edad promedio de quien contestó la encuesta fue de 33.9 (21-54) y de su pareja 36.8 (24-56). El promedio de edad tanto de los hijos como de las hijas fue de 7 años. La edad con mayor porcentaje de LNI fue de 4 años tanto en niños (20%) como en niñas (29%). El 72% de los cuidadores no creen que trabajar desde casa y cuidar a los niños afecte a que se presenten más LNI. Del total de los padres de familia en quienes sus hijos resultaron lesionados, el 42% comentó que el descuido es la razón por la que cree que sucedieron las LNI. Cerca de una tercera parte 32% de los hogares presentaron algún tipo de LNI. Las características de los padres de familia se presentan en la tabla 1, la mayoría de los participantes eran de Jalisco y vivían en casas de un piso, con barandal en la escalera y consideraron a la cocina como el lugar más peligroso. El 75% de los niños y niñas que presentaron LNI habitaban en viviendas de pisos 2 o más. Más del 50% de los padres trabajaba en el hogar durante la pandemia. La descripción de los hogares, en aspectos relativos a la seguridad y riesgos, se presenta en la tabla 2. Las características del tipo de lesiones por género se presentan en la tabla 3.

Discusión

Los padres de familia que durante la pandemia trabajaron desde casa fue el 54%. Es decir, más de la mitad de los hogares tuvieron modificaciones en la dinámica del hogar. Cuando en un hogar no hay un ambiente seguro y armónico, se favorecen las LNI¹², porque el cuidado no está activo ni continuo¹². En los hogares donde las madres se ausentan porque trabajan existe mayor probabilidad de que los niños sufran una o más lesiones¹³. Y cuando los padres de familia observan al niño mientras juega en el hogar, reduce la probabilidad de una LNI y aún más, la probabilidad para dos o más lesiones¹³. Sin embargo, con el ambiente en el hogar derivado de las adecuaciones laborales y educativas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres de familia

Característica	Clasificación	N	%
Sexo	Masculino	3	4
	Femenino	72	96
Lugar de Residencia	Jalisco	62	83
	Cd. de México	3	4
	Sinaloa	10	13
Municipio	San Miguel el Alto	34	45
	Jalostotitlán	10	13
	Culiacán	8	11
	Zapopan	7	9
	Zapotlanejo	3	4
	Elota	2	3
	Guadalajara	2	3
	Mexxicacan	2	3
	Sinaloa	2	3
	Tonalá	1	1
	Arandas	1	1
	Lagos de Moreno	1	1
No contestó	2	3	
Estado civil	Casados	60	80
	Unión Libre	11	15
	Madre soltera	2	3
	Divorciado	1	1
	Viudo	1	1
Escolaridad	Primaria	7	9
	Secundaria	21	28
	Preparatoria	13	17
	Carrera Técnica	4	5
	Licenciatura	20	27
	Posgrado	10	13
Ocupación	Ama de casa	31	42
	Maestras	14	19
	Empleada	7	9
	Costurera	5	7
	Médicos	3	4
	Abogada	2	3
	Contador	2	3
	Lic. Filosofía	2	3
	Obrero	1	1
	Auxiliar contable	1	1
	Bienes raíces	1	1
	Diseñador Gráfico	1	1
	Enfermera	1	1
	Secretaria	1	1
	Supervisora	1	1
	Trabajadora Social	1	1
Ing. en componentes	1	1	
Trabaja desde casa	Si	40	53
	No	30	40
	No hubo respuesta	5	7
Vive sola	Si	6	8
	No	69	92
Trabaja en casa la pareja	Si	18	24
	No	51	68
	No aplica	6	8

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

por pandemia esto no es posible. Incluso se agrava cuando, como en este estudio, los padres de familia no creen que las lesiones se puedan incrementar por conjugar actividades deomésticas y laborales al mismo tiempo. Es decir, no

Tabla 2. Características del hogar

Característica	Clasificación	N	%
Tipo de vivienda	Casa	55	73
	Casa en coto	3	4
	Departamento	13	17
	No contestó	4	5
Pisos del hogar	1 Piso	32	42
	2 Pisos	38	51
	3 Pisos	5	7
Las escaleras tienen barandal	Si	44	59
	No	7	9
	No aplica	24	32
La casa cuenta con área específica para el juego de los niños	Si	32	43
	No	43	57
En qué lugar del hogar le gusta pasar más tiempo a sus hijos*	Recámara	31	42
	Patio	16	22
	Cochera	13	17
	Sala/comedor	10	13
	Área de televisión	3	4
	Área de juego	1	1
	Cocina	1	1
Qué lugar del hogar le parece más peligroso para el niño	Cocina	47	62
	Lavadero	6	8
	Patio	5	7
	Cochera	5	7
	Sala/comedor	2	3
	Baño	1	1
	Otro	9	12
Peligros en el área donde juega el niño	Escaleras, ventanas, balcón	9	12
	Muebles	8	11
	Juguetes en el suelo, piedras, objetos de vidrio	6	8
	Conexiones eléctricas	5	7
	Objetos punzocortantes, electrodomésticos	3	4
	Animales ponzoñosos	3	4
	Fuego	3	4
	Todo	1	1
	Pelota a la calle	1	1
	Ninguno	36	48

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

*Esta respuesta fue de acuerdo con el lugar del hogar y la cantidad de niños a los que les gusta pasar el tiempo ahí

percibir que se incremente el riesgo de lesiones impide atender a las situaciones de riesgo.

Los padres de familia con más niños lesionados tuvieron un nivel de posgrado (60%) lo que difiere con otros autores^{12,13} que mayor frecuencia de LNI en familias de menor grado de escolaridad. Aunque la diferencia es mínima con respecto a los padres de familia con nivel de primaria (57%), esta diferencia pudiera explicarse por un sesgo de selección, ya que el cuestionario no pudo ser difundido entre familias que no tuvieran acceso a internet o un celular, como pudieran

ser familias de nivel socioeconómico bajo. Ahora bien, anteriormente los niños de hogares con recursos económicos bajos permanecían más tiempo en el hogar, mientras que los de familias con niveles socioeconómicos altos acudían a otras actividades lúdicas o de formación personal. De igual forma pudiera atribuirse a que los padres de familia con un posgrado, por lo regular cuentan con personal de apoyo para el cuidado de los niños que no pudo asistir al hogar por la pandemia. En este caso de pandemia la situación de exposición al evento de riesgo fue constante en todos los hogares, y las condiciones de exposición variaron según el ambiente familiar.

Contrario a lo señalado^{12,13,14}, en cuanto a que los niños son más susceptibles de lesionarse porque son intrépidos y se les incentiva a ser valientes^{12,13}, en este estudio, es casi igual la cantidad de niños (12) como de niñas (11) que presentaron una LNI. Y la frecuencia de LNI también fue muy similar: en ambos géneros: en niños fue de 20 y en niñas de 17. Esto pudiera explicarse debido a que el ambiente, condiciones físicas, riesgos, personas a su cuidado, tiempo y espacio fue el mismo para ambos. Y ambos estaban expuestos durante el mismo tiempo y en el mismo lugar a todos los factores existentes, además de que debían jugar, entretenerse, realizar actividades que su ingenio y creatividad les proponía bajo el mismo techo y circunstancias. También en ambos, la edad (menor de 4 años) fue la más frecuente lo que coincide con otros autores^{12,14}.

La presencia de un adulto no protege a un niño de una LNI, si la atención del adulto no está puesta en lo que el niño hace, y esto ha quedado señalado por otros autores quienes indican que la mayor protección al niño es la vigilancia¹² por lo que el cuidado activo es fundamental. En este estudio la mayoría de las veces los niños estaban acompañados, pero al estar trabajando y ocupados en otra actividad, la presencia no bastó para cuidar.

Un punto para destacar es que en las niñas se duplicó (24%) las veces en las que no estaban acompañadas en comparación con los niños (10%). Contrario a lo que se pudiera pensar que a las niñas se les cuida más por ser más “frágiles o vulnerables”. Destaca que sea el descuido (21%) la razón por la cual se cree que sucedieron las LNI. Esto es importante puesto que el descuido se puede deber a la falta de atención, interés o cuidado en la seguridad del niño, y se esperaría que existiera la conciencia de que el descuido que se ejerce contribuye a la presencia de una LNI en el niño y niña.

El patio fue el lugar con mayor número de LNI lo que puede explicarse por ser el lugar de juegos o pasatiempo del niño. El 18% de las lesiones en niñas ocurrieron en la cocina que ha sido referido como el lugar más peligroso del hogar^{12,14,16}, sin embargo, en los niños ninguna LNI ocurrió en ese lugar. Esto pudiera estar ligado a una cuestión de género debido a que las niñas acompañan a la mamá en sus actividades culinarias y son más proclives a lesionarse durante algún descuido de la mamá.

Tabla 3. Características de las lesiones por género.

Característica N		Niñas		Niños	
		F	N	F	N
Tuvo LNI	Si	8	11	11	15
	No	67	89	64	85
Frecuencia del tipo de LNI *	Raspón	3	17	7	35
	Cáidas	3	17	5	25
	Golpe en la cabeza	2	12	3	15
	Heridas	2	12	0	0
	Descalabro	1	6	2	10
	Golpes leves	1	6	0	0
	Intoxicación	1	6	0	0
	Portazo en la mano	1	6	0	0
	Fractura de brazo	0	0	1	5
	Cortada	0	0	1	5
	Quemadura	0	0	1	5
	No contestó	3	16	0	0
Tipo de LNI y edad de la niña	Herida por botella que explotó (18 años) Herida en pierna (15 años) Golpe en la cabeza (6 años, 4 años) Golpes leves (no se indicó) Raspón (3 años, 4 años, 5 años) Descalabrada (4 años) Caída de cama (3 años) Cáidas (4 años, 4 años) No contestó (en cinco casos)	No aplica	No aplica	Caída de la cama (3 años.) Cáidas (3 años, 5 años, no refirió en 2 casos) Golpe en cabeza (3 años, 5 años, no refirió) Descalabrado (3 años, 4 años) Fractura de brazo (5 años) Raspones (4 años, 4 años, 7 años, no refirió en 4 casos) Cortada (8 años) Quemadura (9 años)	No aplica
Horario de las LNI *	Mañana	10	59	3	15
	Tarde	4	23	11	55
	Noche	2	12	5	25
	Madrugada	1	6	0	0
	No contestó	0	0	1	5
Lugar donde ocurrieron las LNI *	Patio	9	53	8	40
	Cocina	3	17	0	0
	Sala/comedor	2	12	3	15
	Recámara	1	6	3	15
	Área de juego	1	6	2	10
	Cochera	0	0	2	10
	Lavadero	0	0	1	5
	Patio	0	0	8	40
	No contestó	1	6	1	5
Estuvo acompañada su hija cuando sucedieron las LNI *	Si	13	76	6	30
	A veces	0	0	12	60
	No	4	24	2	10
Se requirió atención médica *	Si	1	6	4	20
	No	16	94	16	80
La LNI dejó secuela *	Si	0	0	1	5
	No	17	100	19	95

* Se presenta la frecuencia y su correspondiente porcentaje de los tipos de LNI por eso no coincide con el total de las niñas y niños que tuvieron una LNI
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

Llama la atención que los padres de familias consideren ciertas áreas como los lugares más peligrosos de su hogar y, sin embargo, sea ahí donde a su niño le gusta pasar más tiempo y no se le impida. Esto coincide con lo referido⁹, donde se aprecia la preocupación de los padres por ciertos aspectos de seguridad de su hogar que no modifican. En el caso de la protección en las escaleras el 59% tuvieron protección, de manera que el 41% restante pudiera ser explicado de forma similar a otro estudio en cuanto a que, no se percibe el riesgo, no se cuenta con recursos⁹ o la costumbre ha permitido saber que no pasa nada.

Se encontró que es menor la frecuencia de LNI cuando no están separadas las áreas del hogar (por ejemplo, áreas específica para la cocina, sala, comedor, recámaras) aunque se ha mencionado¹³ que contar con un área de juego para niños reduce la probabilidad de LNI. Y con relación al número de pisos en el hogar, la frecuencia de LNI fue más elevada cuando existían dos pisos (75%), más allá de uno o tres pisos y este punto ha sido abordado como desniveles de piso en el hogar¹² propicios para LNI.

La dinámica familiar coadyuva a una ambiente saludable y de sano desarrollo, y cuando se alteran la estructura social y los factores sociales, se daña la función familiar. Por tanto, al realizar varias funciones distintas desde el hogar genera un rol familiar disfuncional, aspecto que ha sido señalado como riesgo para las lesiones en niños y niñas^{12,13,16}. La violencia en los hogares ha demostrado influir de forma negativa en el entorno familiar y propiciar mayor probabilidad de que los niños sufran LNI severa¹³. Con el confinamiento, la violencia doméstica aumentó¹⁷ y con ello la vulnerabilidad del niño y niña a una LNI. En este punto es necesario resaltar los derechos de los niños, entre ellos el de disfrutar la vida en un entorno familiar adecuado¹⁸ con lo que se favorece su integridad y seguridad.

Como una de las limitaciones del estudio se encuentra el número de participantes en la encuesta que fue pequeño. Sin embargo, casi una tercera parte de ellos tuvieron niños y niñas lesionados en casa durante la pandemia. Por lo que en esta pequeña muestra las frecuencias y características epidemiológicas y sociales de las LNI se presentaron tal como se manifiestan en muestras mayores.

Se ha referido¹⁹ que en el grupo 4 años o menos, las caídas y las quemaduras¹² son más frecuentes, y durante el periodo de pandemia también lo fueron^{9,20,21,22,23,24}. En otros estudios también sobresalen las caídas^{12,13,14} y las secuelas¹² derivadas de ellas. También se ha referido que se llega a requerir de hospitalización²⁵ y en condiciones similares de pandemia, así mismo se ha referido que se requirió hospitalización^{9,24} y en este caso el 5% de los niños estuvo hospitalizado.

En este estudio se requirió de atención médica en el 6% de las niñas, mientras que en los niños fue del 20%. Este aspecto puede ser explicado por el tipo de lesiones que fueron de mayor gravedad dado el tipo de rol de la actitud con que el niño juega. En el caso de las niñas no acuden a servicios médicos cuando no consideran grave el tipo de lesión, como también ha sido referido en otro estudio¹². Además, pudo haber modificado la posibilidad de que los padres de familia acudieran a un centro de emergencia dadas las condiciones sanitarias existentes, tal como ha sido señalado en otros estudios^{15,24,26,27}.

Las LNI también pueden ocasionar alguna discapacidad²⁵ y ocasionar la muerte⁹, afortunadamente en este estudio no se refirió ninguna de las dos situaciones.

Por último, de acuerdo al modelo de interacción para valorar la salud infantil²⁵, se considera al cuidador y al entorno como elementos fundamentales. En este punto, durante la pandemia tanto el cuidador como el entorno conjugaron actividades simultáneas en un mismo tiempo y espacio. De manera que lo que anteriormente se realizaba en distintos escenarios (trabajo, escuela) durante la pandemia se vivió de forma indistinta. Esto contribuye a que la atención del cuidador no sea la requerida para cuidar a un niño y que el entorno agrave las condiciones de seguridad y el impacto en la salud. Tal situación es relevante porque el hogar se reporta como el principal lugar donde se presentan las LNI^{12,25} y ahora en tiempos de pandemia el riesgo se incrementa por las circunstancias que se viven y rodean al niño. Esto ha sido corroborado por otros autores^{9,28} que refieren que las LNI han aumentado durante la pandemia^{24,29,30}. Así mismo un reporte de una aseguradora de servicios de salud privada, indica que se atendieron en el año 2020 a cerca de 10.6 millones de niños entre 5 a 9 años de edad. Y señala que el riesgo de sufrir LNI se incrementó en la pandemia por la necesidad de permanecer en casa^{9,24}. Además de que el confinamiento generó un cambio en la dinámica de los hogares de las familias, lo que incrementó la exposición a riesgos preexistentes⁹. Esto es alarmante porque se ha referido¹⁴ que los fines de semana son los días en los que se incrementan las LNI porque el niño está en el hogar.

En una reflexión detenida cabe la pena preguntarse ¿por qué las lesiones en donde no hay intención de dañar, son 4 veces más que las lesiones en las que sí hay intención?, que cada semana 1 niño en edad preescolar se lesiona²⁵. Parece paradójico que el no querer lesionar a un niño no sea impedimento para evitarlo y que cuando se quiere lesionar nada lo impida, pero aun así, sea menor la frecuencia de los casos de las lesiones con dolo¹⁴. Un aspecto que debe cobrar mayor importancia es la percepción del riesgo que se ha perfilado como elemento que debe incrementarse^{16,31} para aumentar la seguridad en el cuidado de los niños. Y la conciencia en este tema pudiera aumentar si se logra que la población perciba la magnitud del problema de las LNI¹¹ con o sin pandemia.

Conclusiones

Las LNI son frecuentes en los niños y el hogar ha sido referido como el de mayor riesgo. La situación de la pandemia obligó a las familias a estar en confinamiento en los hogares y empatar las actividades laborales a distancia en un formato virtual. La mayoría de los padres no considera que trabajar desde casa y cuidar a los niños pueda originar una LNI. Sin embargo, al estar atendiendo varias cosas a la vez se puede desatender el cuidado de los niños y los padres coincidieron que una de las razones para que se presenten las LNI es el descuido. Es importante considerar que el hogar debe ser un ambiente seguro por lo que se debe vigilar que los espacios, donde los niños juegan o realizan sus actividades, se encuentren libres de peligro. Si se toma conciencia de ello y se adopta una actitud de seguridad y prevención, las LNI se pueden combatir, aún en tiempos de pandemia.

Conflicto de interés

No existió conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud este estudio se considera sin riesgo. Se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki y las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño, E.S.; Metodología, E.S.; Adquisición de datos ES.; Análisis e interpretación de datos, E.S.; Investigador Principal, E.S.; Redacción del manuscrito; Preparación del borrador original, E.S., L.P.G., Redacción revisión y edición del manuscrito, E.S., L.P.G.

Referencias

1. Díaz F, Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*. 2020;24(3), 183:205. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>

2. Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered*. 2020; 31:125-131. doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776

3. Organización Internacional del Trabajo. El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Guía práctica. Ginebra: OIT; 2020. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_758007.pdf

4. Weller J. La pandemia del COVID-19 y su efecto en las tendencias de los mercados laborales. Santiago: CEPAL; 2020. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/26a2069d-f658-4727-89f4-02e4646750d2/content>

5. García L. COVID-19 y educación a distancia digital: preconfinamiento, confinamiento y posconfinamiento. *RIED*. 2021; 24(1): 8-25. <https://doi.org/10.5944/ried.24.1.28080>

6. Larbán J. Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 2010; 50: 55-99. Disponible en: <https://www.sepypna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf>

7. Martínez, A. ¿Cometo un delito si dejo a mi hijo solo en casa porque su clase ha sido confinada y yo tengo que ir a trabajar? [Internet]. México: ABC; 2020 (citado 2020 oct 21). Disponible en: https://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-cometo-delito-si-dejo-hijo-solo-casa-porque-clase-sido-confinada-y-tengo-trabajar-202010210117_noticia.html

8. Triadó C, Villar F, Solé C, Celdrán M, Pinazo S, Conde L, et.al. Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. *Int J Dev Educ Psych*. 2008;4(1):455-464. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319049.pdf>

9. Cruz A, Villafuerte A. La seguridad infantil en el hogar durante el confinamiento por COVID-19. *Boletín sobre COVID-19*. 2021; 2(6): 3-7. Disponible en: <https://dsp.faced.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.16-03-La-seguridad-infantil-en-el-hogar-durante-el-confinamiento-por-COVID-19.pdf>

10. INEGI. (2023). Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022 (Preliminar1) <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>

11. Padrón, L., Álvarez, R., Cedeño, M. (2019). Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras y efectos por separación del vínculo familiar. *Cultura de los cuidados*, 23(54), Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96348/1/CultCuid_54-374-383.pdf



12. Blanco Y, Santacruz M, Torres J. Lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años. Convención Internacional de Salud. 2018. Disponible en: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/1358/505>
13. Benavides M, Jara J, Veramendi M, D'Azevedo A. Los accidentes en los niños. Un estudio en contexto de pobreza. Avances de Investigación 8. GRADE. 2012. Disponible en: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56511-2>
14. Bustos E, Cabrales R, Cerón R, Naranjo M. Epidemiología de las lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014; 71(2): 68-75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-pdf-X1665114614130042>
15. Neill S, Carter R, Jones R, Roland D, Bayes N, Tavaré A, et al. Caring for a sick or injured child during the COVID-19 pandemic lockdown in 2020 in the UK: An online survey of parent's experiences. Health Expect. 2021; 1-11. <https://doi.org/10.1111/hex.13347>
16. Blanco Y. Lesiones no intencionales en la infancia temprana, una epidemia contemporánea. Rev Cubana Enferm. 2019; 35(1): e1788. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n1/1561-2961-enf-35-01-e1788.pdf>
17. Gorrita R, Barrientos G, Gorrita Y. Factores de riesgo, funcionamiento familiar y lesiones no intencionales en menores de cinco años. Rev Ciencias Med. 2016; 22(1): 42-57. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161e.pdf>
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Violence against children and adolescents in the time of COVID-19. COVID-19 [Internet]. Panamá: UNICEF; 2020 (Citado 2021 ene 20). Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/19616/file/violencia-against-children-and-adolescents-in-the-time-of-covid19.pdf>
19. López R. Interés superior por los niños y niñas: Definición y contenido. Rev latinoam cienc soc niñez juv. 2015; 13(1): 51-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77338632001>
20. Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
21. Bram, J., Johnson, M., Magee, L., Mehta, N., Fazal, F., Baldwin, K., et al. (2020). Where have all the fractures gone? the epidemiology of pediatric fractures during the COVID-19 pandemic. J Pediatr Orthop. 40(8), 373-379. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32433260/>
22. D'Asta F, Choong J, Thomas C, Adamson J, Wilson Y, Wilson D, et al. Paediatric burns epidemiology during COVID-19 pandemic and 'stay home' era. Burns. 2020; 46(6): 1471-2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304496?via%3Dihub>
23. Keays G, Friedman D, Gagnon I. Injuries in the time of COVID-19. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2020; 40 (11-12): 336-341. doi: 10.24095/hpcdp.40.11/12.02 Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-40-no-11-12-2020/hpcdp-40-11-12-02-eng.pdf>
24. Prego J. Prevención de lesiones en niños en tiempos de pandemia. Arch Pediatr Urug. 2020; 91(6): 344-346. Disponible en: <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/158>
25. Sethuraman U, Stankovic C, Singer A, Vitale L, Krouse C, Cloutier D, et al. Burn visits to a pediatric burn center during the COVID-19 pandemic and 'Stay at home' period. Burns. 2020; (20): 30503-30509. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.08.004>
26. Wong T, Hung J, Leung M. Paediatric domestic accidents during COVID-19 pandemic in Hong Kong. Surg Pract. 2020; 25: 32-37. doi: 10.1111/1744-1633.12477 Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1744-1633.12477>
27. Ferrero F, Ossorio M, Torres F, Debaisi G. Impact of the COVID-19 pandemic in the paediatric emergency department attendances in Argentina. Arch Dis Child. 2020; 106(2):1. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319833>
28. Ibsa R, Edge R, Jenner R, Broughton E, Francis N, Butler J. Where have all the children gone? Decreases in paediatric emergency department attendances at the start of the COVID-19 pandemic of 2020. Arch Dis Child. 2020; 105: 704. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-319385>
29. Bressan S, Gallo E, Tirelli F, Gregori D, Da Dalt L. Lockdown: more domestic accidents than COVID-19 in children. Arch Dis Child. 2021; 1-2. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-319547>

30. Turgut A, Arlı H, Altundağ Ü, Hancıoğlu S, Egeli E, Kalenderler Ö. Effect of COVID-19 pandemic on the fracture demographics: Data from a tertiary care hospital in Turkey. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2020; 54(4): 355-63. Disponible en: <https://www.aott.org.tr/Content/files/sayilar/685/355-363.pdf>

31. Sevilla E, Ramos A, Franco A. Percepción de riesgo sobre lesiones no intencionales en niños y niñas, México. *Rev latinoam cienc soc niñez juv.* 2019; 17(2): 1-22. Disponible en: <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rscsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/3778/1014>



Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo

Effectiveness of the Human Right to Health Through the Amparo Trial

Rodolfo Campos-Montejo¹,  Adriana Esmeralda del Carmen Acosta-Toraya² 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5665

Artículo Original

• Fecha de recibido: 25 de septiembre de 2023 • Fecha de aceptado: 22 de marzo de 2024 • Fecha de publicación: 17 de marzo de 2024

Autor de correspondencia

Rodolfo Campos Montejo. Dirección postal: Dirección postal: Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Colonia Magisterial, C.P. 86040. Villahermosa, Tabasco, México.
Correo electrónico: rodolfo.campos@ujat.mx

Resumen

Objetivo: Analizar la efectividad del derecho a la salud a través del juicio de amparo.

Materiales y métodos: La metodología del estudio se centra en un análisis cualitativo de las decisiones judiciales relacionadas con el derecho a la salud en México, integrando enfoques interdisciplinarios que incluyen la perspectiva compleja del derecho a la salud. Se evalúa cómo la interpretación del Poder Judicial Federal ha sido garantista desde los años 90, incluso antes de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos de 2011, para lo cual, se consideraron casos donde fueran notorios hechos de desigualdad. La investigación también recurre al litigio estratégico a través de amparos interpuestos, proporcionando experiencias empíricas para el análisis y estableciendo precedentes en la materia.

Resultados: La protección del derecho a la salud ha ido evolucionado con el pasar de los años, es claro ver la progresividad en este derecho; la desigualdad, la pobreza y la burocracia son producto de una ineficiente política pública, sin embargo, el Poder Judicial ha sido un instrumento para la justiciabilidad directa de los derechos humanos ante situaciones complejas, en este caso, del derecho a la salud.

Conclusiones: El juicio de amparo en México ha trascendido su rol programático, para convertirse en un instrumento clave del Poder Judicial en la protección efectiva del derecho a la salud desde los años 90, supliendo las deficiencias de las políticas públicas y liderando avances en temas como la discriminación y el acceso a tratamientos médicos. La Reforma Constitucional de 2011 ha reforzado este mecanismo, facilitando la justicia social frente a las desigualdades en el acceso a la salud, y señalando el camino hacia un entendimiento más integral de los derechos humanos que va más allá de la letra de la ley.

Palabra clave: Derecho humano; Cobertura médica; Derechos civiles.

Abstract

Objective: Analyze the effectiveness of the right to health through the amparo trial.

Materials and methods: The study methodology focuses on a qualitative analysis of judicial decisions related to the right to health in Mexico, integrating interdisciplinary approaches that include the complex perspective of the right to health. It evaluates how the interpretation of the Federal Judiciary has been guaranteeing since the 90s, even before the Constitutional Reform of Human Rights of 2011, for which cases will be considered where acts of inequality were notorious. The investigation also resorts to strategic litigation through injunctions, providing empirical experiences for analysis and establishing precedents in the matter.

Results: The protection of the right to health has been evolving over the years, it is clear to see the progressivity in this right; Inequality, poverty and bureaucracy are the product of inefficient public policy, however, the Judiciary has been an instrument for the direct justiciability of human rights in complex situations, in this case, the right to health.

Conclusions: The amparo trial in Mexico has transcended its programmatic role to become a key instrument of the Judiciary in the effective protection of the right to health since the 1990s, making up for the deficiencies of public policies and leading advances in issues such as discrimination and access to medical treatments. The Constitutional Reform of 2011 has reinforced this mechanism, facilitating social justice in the face of inequalities in access to health, and pointing the way towards a more comprehensive understanding of human rights that goes beyond the letter of the law.

Keyword: Human right; Medical coverage; Civil rights.

¹ Doctor en Derecho Judicial, Profesor Investigador de la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.

² Doctora en Derecho, Profesora Investigadora de la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.



Introducción

El derecho humano a la salud es una prerrogativa que depende de diversas acciones del Estado, tales como el diseño de políticas públicas, la creación de un marco jurídico, y la operación mediante instituciones, su enfoque tradicional ha sido colocarlo como un derecho de carácter programático, dejando en manos del Poder Ejecutivo, toda su garantía, sin embargo, con frecuencia la inadecuada planeación gubernamental no alcanza a garantizar la plenitud de ese derecho, dejando en muchos casos en estado de vulnerabilidad a los menos favorecidos, para esos casos, el Juicio de Amparo ha constituido el medio más eficaz contra su inadecuada garantía.

La Reforma Constitucional de Derechos Humanos del 10 de junio del año 2011 y su análoga en materia de Juicio de Amparo del 6 de junio del mismo año, creó un ecosistema jurídico apto para soluciones garantistas de los derechos humanos, se creó, en palabras de Salazar Ugarte (2014) el llamado “bloque de constitucionalidad de los derechos”¹, desde ese momento, la mayoría de los jueces optaron por dar mayor amplitud a los derechos humanos a través de la justiciabilidad directa, en este caso, de derechos que durante algún tiempo se consideraron de carácter presupuestal y programáticos.

En el caso del derecho a la salud, éste durante mucho tiempo se le concibió como un derecho netamente dependiente del presupuesto y programación, enfoque tradicional que data de la época de Otto Von Bismarck, quien estableció donde se estableció el primer modelo de seguridad social para los trabajadores, redefiniendo, en aquel momento (1881), la relación entre la población, la salud y el Estado²; sin embargo, las exigencias sociales actuales, hacen complicado seguir esquemas de hace décadas.

En México, la interpretación del derecho a la salud requiere un enfoque más allá de las metodologías lineales. Para ello, es esencial involucrar una perspectiva que abarque las ciencias de la complejidad, como lo sugiere Rolando García³ en el ámbito de la investigación interdisciplinaria, complementado por el análisis jurídico de Mancha Romero⁴ y las aportaciones de Jayasinghe⁵ en las ciencias de la salud. Dentro de este enfoque multidimensional, se hace imperativo considerar la desigualdad y la pobreza no solo como consecuencias sino también como indicadores críticos para evaluar la accesibilidad al derecho a la salud en México.

Este análisis se profundiza al considerar los marcados contrastes en la desigualdad de los servicios de salud y la percepción pública de los mismos. En los medios de comunicación, se visibiliza la crisis que viven los sistemas de salud alrededor del mundo, con presupuestos y recursos que cada día son más escasos, y con una demanda que se acrecienta de forma

exponencial. Las oportunidades de bienestar en los países en desarrollo, entre ellos México, deben venir acompañados de igualdad de oportunidades para el disfrute y goce de los derechos reconocidos por la nación, siendo asequible el acceso a médicos, medicinas e instalaciones de salud⁶.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, intérprete del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, refuerza esta visión mediante su Observación General Número 14. Este documento establece cuatro pilares esenciales para la interpretación adecuada del derecho a la salud, que son fundamentales para la creación de políticas y a su vez, que sea una guía de interpretación judicial, que respondan a las necesidades de salud de toda persona (Tabla 1).

Derivado de lo anterior, la protección del derecho a la salud conlleva diversas responsabilidades por parte de las autoridades, la garantía del derecho a la salud no se centra solo en la creación de instituciones de seguridad social, implica respetar los elementos esenciales para que la persona pueda acceder en cualquier momento a todo lo que implica gozar de niveles de salud, de la forma en que la Ley General de Salud la define en su artículo 1º Bis “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁷.

En México, existen disparidades en el acceso a los servicios de salud en diversas regiones, contrastes que se observan también de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población, lo que refleja una desigualdad en la acción pública. Por ello la salud, se entiende como el factor clave para el bienestar, desarrollo y mitigar la pobreza. La seguridad social en la nación debe transitar hacia la portabilidad, reducir la desigualdad y mejorar su acceso, ello permitirá la disminución de los costos adicionales en la salud; considerando que de lo contrario se tendrán implicaciones en la productividad de la fuerza laboral, y en el desarrollo de las familias⁸.

De acuerdo con el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), existe una tarea pendiente en la accesibilidad física y económica de los servicios de salud, se requiere incrementar la infraestructura en las regiones rurales y la efectividad de los servicios⁹ (Tabla 2).

Con referencia a la tabla 2, para 2020, las entidades con mayor población con carencia de servicios de salud fueron: Chiapas, Hidalgo, Jalisco, Michoacán de Ocampo, Morelos, México, Oaxaca, Puebla, Tabasco, y Veracruz de Ignacio de la Llave.

Durante la década 2008-2018, se registró una disminución del 2.5% en la tasa de pobreza y del 3.6% en la pobreza extrema. Sin embargo, el acceso a la salud pública sigue siendo limitado,

Tabla 1. Elementos del derecho a la salud contenido en la Observación General Núm. 14.

Elemento esencial	Contenido
Disponibilidad	Cada Estado Parte contará con una suficiencia en la infraestructura de salud e instituciones del sector, así como sus programas.
Accesibilidad	Contempla cuatro dimensiones: A. No discriminación. B. Accesibilidad física. C. Asequibilidad. D. Acceso a la información.
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario, con las certificaciones adecuadas, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: Elaboración propia con base en la Organización de las Naciones Unidas.

Tabla 2. Porcentaje de población con carencia a los servicios de salud periodo 2000 – 2020.

Entidad Federativa	2000	2010	2015	2020
Nacional	58.6	33.6	16.7	21.5
Aguascalientes	43.7	17.1	12.0	14.3
Baja California	42.5	28.2	16.5	18.6
Baja California Sur	39.6	24.0	12.7	11.4
Campeche	61.3	18.0	11.3	17.0
Coahuila de Zaragoza	28.9	21.5	13.2	14.5
Colima	51.1	16.7	11.5	12.7
Chiapas	81.6	43.3	17.1	29.9
Chihuahua	41.1	24.7	10.7	12.0
Ciudad de México	47.1	33.2	20.2	21.9
Durango	50.1	29.0	15.6	21.2
Guanajuato	65.5	27.6	14.1	15.7
Guerrero	79.3	46.6	14.9	21.1
Hidalgo	70.5	32.6	16.9	25.1
Jalisco	54.8	34.1	18.0	23.7
México	58.0	39.6	20.2	27.2
Michoacán de Ocampo	73.3	44.8	25.2	32.6
Morelos	64.3	34.4	15.2	22.9
Nayarit	58.8	22.6	15.3	16.8
Nuevo León	32.0	20.3	10.7	13.2
Oaxaca	77.1	44.5	17.0	26.6
Puebla	74.1	50.6	19.4	24.3
Querétaro	53.6	26.0	13.0	17.1
Quintana Roo	52.7	31.1	17.1	18.5
San Luis Potosí	62.0	24.4	9.8	13.8
Sinaloa	46.1	22.5	13.7	16.7
Sonora	42.4	24.3	12.6	13.9
Tabasco	70.3	23.9	14.2	24.4
Tamaulipas	47.5	23.0	13.8	16.3
Tlaxcala	69.8	36.8	16.0	21.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	68.9	40.2	20.1	23.8
Yucatán	54.4	22.9	12.8	17.9
Zacatecas	67.2	28.3	12.5	16.0

Fuente: Elaboración propia con base en CONEVAL.

Tabla 3. Población según condición de afiliación a servicios de salud por entidad federativa para el año 2020.

Entidad federativa	Total	Afiliada	No afiliada	No especificado	Porcentaje de la población afiliada	Porcentaje de la población no afiliada	Porcentaje de la población no especificada
Estados Unidos Mexicanos	126,014,024	92,582,812	32,999,713	431,499	73.47%	26.19%	0.34%
Aguascalientes	1,425,607	1,161,139	262,088	2,380	81.45%	18.38%	0.17%
Baja California	3,769,020	2,905,265	836,317	27,438	77.08%	22.19%	0.73%
Baja California Sur	798,447	664,122	129,270	5,055	83.18%	16.19%	0.63%
Campeche	928,363	719,677	203,304	5,382	77.52%	21.90%	0.58%
Coahuila de Zaragoza	3,146,771	2,540,708	597,373	8,690	80.74%	18.98%	0.28%
Colima	731,391	605,947	123,074	2,370	82.85%	16.83%	0.32%
Chiapas	5,543,828	3,698,663	1,814,782	30,383	66.72%	32.74%	0.55%
Chihuahua	3,741,869	3,156,294	574,108	11,467	84.35%	15.34%	0.31%
Ciudad de México	9,209,944	6,689,012	2,502,789	18,143	72.63%	27.17%	0.20%
Durango	1,832,650	1,366,665	461,394	4,591	74.57%	25.18%	0.25%
Guanajuato	6,166,934	4,874,661	1,275,190	17,083	79.05%	20.68%	0.28%
Guerrero	3,540,685	2,632,004	891,961	16,720	74.34%	25.19%	0.47%
Hidalgo	3,082,841	2,149,373	928,550	4,918	69.72%	30.12%	0.16%
Jalisco	8,348,151	5,835,710	2,452,519	59,922	69.90%	29.38%	0.72%
México	16,992,418	11,267,677	5,672,574	52,167	66.31%	33.38%	0.31%
Michoacán de Ocampo	4,748,846	2,954,556	1,784,629	9,661	62.22%	37.58%	0.20%
Morelos	1,971,520	1,416,884	552,170	2,466	71.87%	28.01%	0.13%
Nayarit	1,235,456	960,563	273,039	1,854	77.75%	22.10%	0.15%
Nuevo León	5,784,442	4,681,465	1,072,664	30,313	80.93%	18.54%	0.52%
Oaxaca	4,132,148	2,904,703	1,215,990	11,455	70.30%	29.43%	0.28%
Puebla	6,583,278	4,650,982	1,921,945	10,351	70.65%	29.19%	0.16%
Querétaro	2,368,467	1,873,160	486,467	8,840	79.09%	20.54%	0.37%
Quintana Roo	1,857,985	1,365,328	468,580	24,077	73.48%	25.22%	1.30%
San Luis Potosí	2,822,255	2,327,452	490,284	4,519	82.47%	17.37%	0.16%
Sinaloa	3,026,943	2,447,515	575,115	4,313	80.86%	19.00%	0.14%
Sonora	2,944,840	2,391,479	547,727	5,634	81.21%	18.60%	0.19%
Tabasco	2,402,598	1,645,089	755,484	2,025	68.47%	31.44%	0.08%
Tamaulipas	3,527,735	2,803,407	713,859	10,469	79.47%	20.24%	0.30%
Tlaxcala	1,342,977	964,599	356,641	21,737	71.83%	26.56%	1.62%
Veracruz de Ignacio de la Llave	8,062,579	5,825,533	2,228,480	8,566	72.25%	27.64%	0.11%
Yucatán	2,320,898	1,810,121	505,108	5,669	77.99%	21.76%	0.24%
Zacatecas	1,622,138	1,293,059	326,238	2,841	79.71%	20.11%	0.18%

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2021).

especialmente en comunidades aisladas, donde 2% de la población enfrenta más de dos horas de traslado para recibir atención médica de emergencia. Además, hay una gestión ineficiente de los recursos financieros destinados a la salud, con un considerable 40% de los gastos médicos cubiertos directamente por las familias en 2016. En el mismo año, la proporción de médicos especialistas fue de 0.71 por cada mil habitantes, por debajo de la media nacional de 0.88¹⁰. Esta situación refleja los desafíos de las políticas públicas en salud

que, por su naturaleza cíclica y la necesidad de consensos, a menudo tardan en adaptarse y resolver integralmente las problemáticas, lo que puede afectar la eficacia del derecho a la salud en sintonía con los principios de derechos humanos (Tabla 3).

El crecimiento de la población mexicana en un 29% en los últimos veinte años, sumado al aumento de la población mayor de 65 años al 8.1% y a los retos de salud pública como

Tabla 4. Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución para el año 2020

Entidad federativa	Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Instituto de Salud para el Bienestar	IMSS-Bienestar	Institución privada	Otra institución
Estados Unidos Mexicanos	92,582,812	47,245,909	7,165,164	1,041,534	1,192,255	32,842,765	958,787	2,615,213	1,149,542
Aguascalientes	1,161,139	780,525	92,771	3,786	3,196	271,996	1,680	31,789	3,179
Baja California	2,905,265	1,995,530	152,274	86,380	14,012	515,855	19,862	131,967	44,490
Baja California Sur	664,122	408,856	101,745	2,549	10,772	139,342	3,576	12,335	2,516
Campeche	719,677	288,186	62,638	2,070	32,088	327,334	8,950	7,441	2,914
Coahuila de Zaragoza	2,540,708	2,085,705	193,655	6,136	8,001	181,821	12,289	82,868	30,846
Colima	605,947	362,244	49,082	1,259	11,047	179,704	2,774	9,344	3,016
Chiapas	3,698,663	672,681	212,030	46,562	38,656	2,538,415	169,403	32,965	31,976
Chihuahua	3,156,294	2,043,251	172,774	28,073	10,831	688,684	31,733	127,454	120,058
Ciudad de México	6,689,012	3,881,545	1,128,554	12,484	104,474	1,203,824	21,158	444,160	93,084
Durango	1,366,665	744,664	185,483	7,012	8,406	404,554	16,703	16,765	5,967
Guanajuato	4,874,661	2,259,062	280,660	15,670	45,080	2,181,882	22,771	93,767	25,720
Guerrero	2,632,004	506,026	293,979	12,943	38,016	1,744,754	36,293	14,282	9,051
Hidalgo	2,149,373	744,201	221,985	10,312	34,160	1,097,048	22,969	24,978	21,204
Jalisco	5,835,710	4,149,528	222,298	9,792	23,536	1,213,421	17,404	244,435	60,763
México	11,267,677	5,983,389	828,041	359,266	141,504	3,449,337	66,031	276,048	289,383
Michoacán de Ocampo	2,954,556	1,207,045	282,942	11,393	15,176	1,372,093	41,892	44,075	17,911
Morelos	1,416,884	616,556	148,496	4,263	11,688	618,457	6,207	24,432	6,869
Nayarit	960,563	464,297	122,902	6,565	6,392	346,383	21,313	12,946	5,562
Nuevo León	4,681,465	3,596,116	178,747	41,527	28,744	558,212	10,068	330,130	86,910
Oaxaca	2,904,703	583,455	263,783	12,030	60,888	1,901,352	97,052	19,135	11,642
Puebla	4,650,982	1,445,433	218,559	97,861	34,972	2,721,081	54,956	90,326	41,363
Querétaro	1,873,160	1,121,262	92,561	4,022	7,753	587,007	9,255	87,908	9,582
Quintana Roo	1,365,328	827,522	106,142	6,087	10,764	383,986	7,433	33,527	8,445
San Luis Potosí	2,327,452	1,116,471	163,446	6,235	8,967	961,896	43,932	64,964	10,662
Sinaloa	2,447,515	1,516,933	252,973	12,432	17,561	629,386	18,879	41,489	19,365
Sonora	2,391,479	1,579,466	154,084	129,718	14,380	465,170	10,138	81,309	18,961
Tabasco	1,645,089	498,783	104,707	67,073	96,613	794,894	14,168	21,543	66,451
Tamaulipas	2,803,407	1,670,262	221,675	13,270	83,736	735,690	16,284	59,873	49,134
Tlaxcala	964,599	322,989	79,441	5,438	6,488	531,286	4,519	15,440	8,662
Veracruz de Ignacio de la Llave	5,825,533	2,266,970	350,652	9,661	240,294	2,828,959	108,127	69,749	30,721
Yucatán	1,810,121	980,491	116,856	4,944	19,019	628,098	26,576	60,097	9,348
Zacatecas	1,293,059	526,465	109,229	4,721	5,041	640,844	14,392	7,672	3,787

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI¹³.

el 13.5% de prevalencia de tabaquismo y el 28.9% realizando insuficiente actividad física, señala un entorno complejo para la efectividad del derecho a la salud. En 2020, con un 73.47% de la población afiliada a la seguridad social y un 26.19% no afiliada¹¹, estos datos reflejan los desafíos en la cobertura y eficacia del sistema de salud de México, poniendo de relieve la necesidad de fortalecer las políticas de salud para atender a una población en envejecimiento y con hábitos que aumentan la carga sanitaria¹² (Tabla 4).

La afiliación predominante al IMSS en México en 2020, seguida por el Instituto de Salud para el Bienestar y el ISSSTE, subraya su rol crucial en el acceso a la salud. Sin embargo,

los costos médicos que recaen en las familias contribuyen a la pobreza y desafían la eficacia del derecho a la salud, reflejando una realidad global donde 800 millones de personas gastan al menos el 10% de su presupuesto en salud. Esto evidencia la complejidad de alcanzar el bienestar bajo los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la necesidad de políticas que mitiguen el impacto financiero de la atención médica en la prosperidad familiar¹⁴.

La investigación propone que, pese a las garantías constitucionales y la infraestructura del sistema de salud en México, como lo establece el artículo 4° de la Constitución y que se desarrolla en la Ley General de Salud y el IMSS, estos

mecanismos resultan insuficientes para asegurar plenamente el derecho a la salud. Se sostiene que la efectividad de los mandatos constitucionales y legales no deben depender exclusivamente de la implementación por parte de los poderes legislativo y ejecutivo.

En este contexto, la justiciabilidad de los derechos humanos y el papel activo del poder judicial se tornan fundamentales. La investigación se centra en examinar las particularidades del derecho humano al acceso a los servicios de salud, su garantía integral y gratuita, y el papel crucial del juicio de amparo como mecanismo de defensa, ante la falta de cumplimiento o violación de este derecho; trascendiendo así las medidas de política pública tradicionales.

Materiales y métodos

La investigación utiliza los enfoques cualitativos para analizar los criterios del Poder Judicial de la Federación en torno al derecho a la salud. El sistema constitucional que se ha ido construyendo en México da pautas a buscar soluciones novedosas para la protección de los derechos humanos, desde el momento en que los jueces pueden interpretarlos sistémicamente con los tratados internacionales en la materia, así como analizar los criterios orientadores de los órganos consultivos de los tratados, se está dando un gran paso en la defensa de los derechos fundamentales.

En la metodología de este estudio, también se emplea un enfoque interdisciplinario que excede las metodologías convencionales, inspirado en los principios de las ciencias de la complejidad tal como se señaló en la primera sección. Este enfoque multidimensional se apoya en un análisis jurídico detallado y en los hallazgos pertinentes de las ciencias de la salud, permitiendo una evaluación integral de cómo la desigualdad y la pobreza actúan tanto de consecuencias como de indicadores fundamentales para comprender y mejorar el acceso al derecho a la salud en México.

Se analizan algunos criterios jurisprudenciales y sentencias, así como fuentes doctrinarias en torno al juicio de amparo, de igual forma, en un ejercicio de litigio estratégico, se interpusieron unos amparos para garantizar el derecho a la salud, dando como resultados no solo el margen de protección del peticionario, sino un criterio de los pocos que hay en donde un juez revisa el tema de la salud¹⁵.

Resultados

La Reforma Constitucional de Derechos Humanos y de Amparo del año 2011 crearon un sistema ampliado de garantías que permitió, entre muchas cosas, la justiciabilidad directa de derechos que hasta hace poco eran considerados de carácter programático o presupuestal, tales como el derecho a la salud.

Históricamente, después de la Segunda Guerra Mundial, se conjuntaron valores y principios para otorgar a los derechos fundamentales una naturaleza no solo subjetiva, sino garante de la dignidad humana. El Juicio de Amparo, de esta forma, tutela el derecho fundamental, y son los tribunales y juzgados quienes interpretan la norma:

“Si bien el amparo ha surgido como un instrumento procesal de fortalecimiento de dichos derechos, también es cierto que en la actual hora democrática existen déficits de institucionalidad estatal y social que llevan a concebir al amparo como un noble sueño o como una pesadilla. Es un noble sueño en la medida en que los jueces deben aplicar el derecho existente y no crear nuevas normas, aun cuando la Constitución y las leyes no ofrezcan una regla determinada para resolver un amparo. Ello supone partir de una noción positivista y normativista del proceso de amparo, que se encuentra regulado por la norma constitucional y legal, las cuales delimitan la función interpretativa del juez constitucional y los alcances de sus sentencias”¹⁶.

La actuación de los jueces, en esta tarea, responde a la exigencia social que motiva la generación de criterios jurisprudenciales. Estos procesos tensionan los viejos paradigmas del vínculo entre la función judicial y legislativa, siendo los tribunales quienes terminan aclarando la letra constitucional vigilando el ejercicio de los derechos. Con lo anterior, el papel del Estado se ha visto robustecido con una mayor tutela y protección de los derechos fundamentales. En materia de salud, la contaminación industrial, la globalización, la aparición de nuevas enfermedades y las adicciones han modificado los alcances de estos servicios; instituyen una preocupación para el cuidado del bienestar y la calidad de vida.

En el caso del ejercicio del derecho a la salud, este incluye el acceso a medicamentos, tratamientos médicos y todo lo concerniente al derecho a la vida. La nueva juridicidad ha dado cabida a interpretaciones sobre los derechos sociales, generando un debate sobre sus límites, con reflexiones que conllevan decisiones que modifican el rol del Estado, hacia una progresión de la protección del derecho.

La Reforma Constitucional del año 2011 en materia de derechos humanos configuró la vida social del país, bajo los efectos de la sentencia decretada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el caso Radilla Pacheco que dio lugar a la sentencia Varios 912/2010 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Un acto que definió la obligatoriedad de las sentencias dictadas por la CIDH en los asuntos en que México sea parte. Con esto, los derechos humanos deben ser estudiados no solo desde el enfoque interno sino también internacional, estableciendo parámetros para su interpretación.

Tabla 5. Instrumentos internacionales suscritos por México que hacen referencia al derecho a la salud

Tratado internacional	Artículos que hacen referencia a la salud
Convenio Internacional sobre Eliminación de todas la Formas de Discriminación Racial, 1965 ¹⁷ .	<p>Artículo 5: En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...) iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; (...)</p>
Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966 ¹⁸ .	<p>Artículo 12: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p>
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979, artículo 11 y 12 ¹⁹ .	<p>Artículo 11 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular: e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas; f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción. Artículo 12 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p>
Convención sobre Derechos del Niño, 1989, artículo 24 ²⁰ .	<p>Artículo 24 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por México.

En este tenor, México ha suscrito documentos importantes en materia de derechos humanos, en particular algunos que hacen referencia al derecho a la salud son (Tabla 5):

Derivado de la tabla anterior, en México mucho antes de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos del 2011, ya se contaba con un marco jurídico ampliado sobre el derecho a la salud, para lo cual, algunas conclusiones de la tabla anterior son:

- Los tratados internacionales suscritos ya establecían el derecho a la salud pública como un servicio que debe ser accesible a todos sin discriminación, asegurando la asistencia médica integral y los servicios sociales necesarios para el bienestar de la población.
- Se subraya la responsabilidad del Estado en la prevención y tratamiento de enfermedades de todo tipo, incluidas las epidemias, así como en la creación de infraestructuras de salud que garanticen la asistencia médica universal en caso de enfermedad.
- Ya se preveía la seguridad social y la eliminación de la discriminación en el acceso a la atención médica.
- Ya se destacaba el compromiso de asegurar que ningún niño sea privado del derecho a servicios sanitarios y de promover la atención sanitaria prenatal y postnatal para las madres, lo que refleja la importancia de un enfoque de ciclo de vida en la atención sanitaria.
- Los tratados enfatizan el desarrollo de la atención sanitaria preventiva y la educación en salud, incluida la orientación a los padres y los servicios de planificación familiar, como elementos clave para mejorar la calidad de vida y el acceso a los servicios médicos.

Desde la década de 1960, México contaba con un marco jurídico internacional de referencia para asegurar el derecho a la salud en distintas áreas. Sin embargo, la política pública no se alineó con estos principios, dejando a muchas personas en una situación de indefensión durante un largo período. A pesar de esto, el ámbito jurisdiccional adoptó las ampliaciones más significativas del derecho a la salud, estableciendo criterios que enfatizan aspectos como la no discriminación, el acceso oportuno y especializado a la atención médica, y la disponibilidad de medicamentos, todo esto, incluso antes de la Reforma Constitucional de Derechos Humanos de 2011.

Un primer antecedente data del 9 de diciembre de 1996, cuando una persona positiva al virus de inmunodeficiencia (VIH), solicitó amparo judicial contra el Sector Salud de México por no incluir en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos de 1996 algunos fármacos necesarios para su tratamiento.

El Juez Octavo de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, el 21 de mayo de 1997, decidió cerrar el caso y negar el amparo a la persona. La Suprema Corte de Justicia de la Nación revocó esta decisión el 25 de octubre de 1999, estableciendo que el derecho a la protección de la salud incluye el derecho subjetivo a recibir los medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades, como parte fundamental del servicio básico de atención médica²¹.

Otro asunto es sobre una sentencia que dictaminó la inconstitucionalidad de la fracción V del artículo 24 de la Ley del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE), que discriminaba en el acceso a los servicios de salud del ISSSTE entre esposas y esposos de trabajadores. Mientras que a las esposas se les otorgaba el acceso a los servicios solo con demostrar el matrimonio, los esposos necesitaban ser mayores de 55 años, estar incapacitados o depender económicamente de la trabajadora para acceder a los mismos servicios. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el 18 de mayo de 1999, votó a favor de otorgar amparo a las quejas. La decisión tuvo como efecto que la norma impugnada no se les aplicara, permitiendo así que pudieran incorporar a sus esposos o concubinos al sistema de seguro social sin las restricciones de edad o incapacidad previamente impuestas, alineándose con la garantía de igualdad establecida en el artículo 4º constitucional²².

Otro asunto versó sobre la negativa de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, la cual se negó a ofrecer atención médica y a autorizar el traslado de un individuo en carácter de procesado a un hospital especializado, a pesar de que este último presentaba problemas de salud que requerían atención especializada. Derivado de lo anterior, el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, el 15 de noviembre de 1995, falló que la negativa de la autoridad de proporcionar atención médica y de trasladar al procesado a un hospital especializado constituía una violación de su derecho constitucional a la protección de la salud, según el artículo 4º²³.

Otro caso vinculado con la reciente pandemia de la COVID-19, fue en el que con fecha 12 de marzo de 2020, el Juzgado Primero de Distrito en el Estado de Oaxaca, otorgó suspensión de oficio y de plano en contra de los actos que se reclamaron en el juicio de amparo 290/2020. El juez estableció la procedencia de la medida cautelar al comprobar que no existieran estrategias y políticas sanitarias idóneas para prevenir y controlar los casos de coronavirus, particularmente las encaminadas a la detección inmediata de la población infectada. Es relevante señalar que el artículo 126 de la Ley de Amparo señala que la suspensión se otorgará de oficio y de plano cuando los actos pongan en peligro la vida y la libertad, por lo que un elemento que analizó el amparo es si la parte quejosa se situaba en alguno de estos supuestos²⁴.

Otro caso para destacar y que fue parte del litigio estratégico emprendido en colaboración con otros juristas que se acreditan la representación, es la demanda de amparo que ante el Juez Séptimo de Distrito en el Estado de Tabasco promovió Marcos Mendoza (*hijo*), en favor de Roberto Mendoza (*padre*), registrado con el folio 7905. En él se aduce que las autoridades responsables emitieron proporcionar atención médica adecuada y poner en peligro su integridad física e incluso su vida, pues las autoridades responsables incurrieron en diversas omisiones tales como intervenciones quirúrgicas, suministrar oportunamente los medicamentos e insumos necesarios, tratamientos, atención profesional y los cuidados indispensables, todo ello para garantizar la recuperación de su salud, siendo objeto de falta de atención médica, a pesar de encontrarse afiliado como beneficiario en el IMSS, con el agregado médico 4M19550R, que se le asignó al directo quejoso por haberlo afiliado el promovente con su número de seguridad social 8396771181-9, correspondiéndole la Unidad Médica Familiar Clínica 047.

Lo anterior, como resultado de malas prácticas de atención en el área de urgencias, tiempos largos de atención que ocasionaron secuelas y negligencia en el área de hospitalización. Por ello, se decretó al momento de la admisión de la demanda de oficio y de plano la suspensión de los actos reclamados; de modo que el juzgador obligó a las autoridades responsables a otorgar un tratamiento adecuado y que fuera atendido respecto del padecimiento que manifiesta el quejoso pudiera tener, ponderando su integridad física y le sean realizadas las intervenciones quirúrgicas que conforme a sus malestares necesite, además le sean proporcionados los medicamentos que le sean recetados con la debida prontitud que el caso amerite, lo que también podría suceder de forma subrogada.

En ese asunto, las autoridades señaladas como responsables tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, consagrado en el artículo cuarto constitucional. Además, se manifestó que ello, es congruente con la tesis aislada 1. 13º. A.1 K (11a.), emitida por el Décimo Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, que expone lo siguiente: “SUSPENSIÓN DE PLANO EN EL AMPARO INDIRECTO. PROCEDE CONCEDERLA CONTRA LA OMISIÓN DE BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA, AL PONERSE EN PELIGRO LA INTEGRIDAD FÍSICA E, INCLUSO, LA VIDA DEL QUEJOSO, AUN CUANDO EXISTA LA PRESUNCIÓN DE QUE EN UN DIVERSO JUICIO DE AMPARO SE DECRETÓ ESA MEDIDA CAUTELAR POR LOS MISMOS ACTOS”. Sirve de aplicación a lo anterior, la jurisprudencia 1a./J.8/2019 (10a) de la Décima Época, con registro 2019358, consultable en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 63, febrero de 2019, Tomo I, materia constitucional, página 486, del rubro y texto siguientes: “DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL”.

De lo anterior, se ordenó a las autoridades responsables remitir al Juzgado de Distrito el certificado médico correspondiente, en el término de veinticuatro horas contadas a partir de que sean legalmente notificados del presente requerimiento. Asimismo, requiérase a las autoridades señaladas como responsables para que dentro del mismo término informen acerca de la forma y términos en que den cumplimiento a esta medida suspensiva²⁵. Con esto, se observa como el amparo ha sido una vía para reclamar la protección del derecho a la salud, de manera pronta y expedita, de modo que se cumplan con los términos constitucionales.

A pesar de contar con un marco jurídico internacional desde la década de 1960, ha habido una desconexión entre este y las políticas públicas implementadas en México. Esto ha resultado en una protección inadecuada del derecho a la salud para muchas personas durante largos períodos. Las decisiones judiciales han jugado un papel crucial en la ampliación y protección del derecho a la salud. Casos como el acceso a medicamentos esenciales para personas con VIH y la eliminación de discriminaciones en el acceso a los servicios de salud ilustran la importancia del sistema judicial en la defensa y expansión de los derechos de salud.

Lo anterior se liga con lo señalado en el artículo cuarto de la Constitución Mexicana, operando el sistema de salud nacional. Con ello, el Estado se obliga a satisfacer estos servicios; debe afrontar fenómenos que alteran la integridad de las personas, los que pueden ocasionar violaciones a este derecho. Existe una demanda insatisfecha de medicinas, cirugías y atención médica que se junta con la carencia de infraestructura, equipamiento e insumos²⁶.

“Las tendencias futuras que se delinear muestran un escenario donde probablemente se requiera de ajustes institucionales para adecuar el actual sistema de salud a los estándares constitucionales. La complejidad de estos ajustes podría requerir no solo interpretaciones jurisprudenciales, sino acuerdos políticos expresados en marcos legales que implementen esos compromisos y los desarrollen en servicios y políticas. El debate en los órganos de representación popular permitiría fijar reglas institucionales más coherentes, estables y legítimas. También podría contribuir a lograr este ajuste entre normas y políticas, la recomposición efectiva del rol rector del gobierno federal que establece la ley, y una mejora en los mecanismos de articulación entre el gobierno federal con los gobiernos locales. Si bien no se afirma que en el corto plazo <se esté consolidando este escenario, sería deseable avanzar en dirección a restituir garantías amplias y condiciones equitativas en salud”²⁷.

La jurisprudencia ha permitido el desarrollo y descripción de ciertos conceptos que aclaran la garantía del derecho, como lo es el mínimo vital, la calidad de vida, el derecho a servicios básicos o sustanciales; orientando el quehacer de los jueces y magistrados a nuevos horizontes del derecho. Y es que hablar de salud, conlleva a diversas dimensiones que van más allá de la ausencia de enfermedad, incluye aquello que se requiere para mantener la salud. Entendido que la salud es un servicio público que genera derechos prestacionales y que se vincula con otros derechos como el concerniente a la vida, al trabajo y la garantía de diversas libertades.

La siguiente matriz es un resumen de los casos mencionados anteriormente y muestran de que con reforma constitucional o no en materia de derechos humanos, el Poder Judicial siempre, a través del Amparo ha sido un órgano garante (Tabla 6):

La normatividad constitucional es genérica, por lo que los derechos constitucionales son expresados de forma general, otorgando al juez su interpretación, siendo discrecional, lo que ha permitido discutir en los fallos de tutela en materia de salud. La integralidad que tiene la salud incrementa sus alcances, a lo que el Estado y la sociedad deben propiciar un entorno donde no se menoscabe este servicio. Es notorio, entonces, que, a través de las tesis y las jurisprudencias, se observa cómo se ha ampliado la visión de este derecho²⁸.

Hasta hace poco este derecho era considerado como un derecho programático del cual solo podía ser garante el Estado si contara con los recursos financieros necesarios para ello, siendo así imposible ser reclamado ante los tribunales. No existían medios institucionales para su exigencia en caso de omisiones o violaciones, no obstante, el Amparo, siempre se ha representado como un recurso de protección eficaz.

Tabla 6. Avances del Poder Judicial de la Federación en efectividad del derecho a la salud

Caso	Conceptos clave	Detalles Relevantes
VIH 1996-1999	Acceso a Medicamentos, Derechos del Paciente	Inicialmente se negó el amparo para incluir medicamentos esenciales en el tratamiento del VIH. En 1999, la Suprema Corte revocó esta decisión, reconociendo el derecho a recibir estos medicamentos.
Ley del ISSSTE 1999	No Discriminación, Igualdad de Género	La Suprema Corte determinó la inconstitucionalidad de una disposición que discriminaba en el acceso a los servicios de salud basado en género, estableciendo un precedente en términos de igualdad.
Tlaxcala 1995	Atención Médica, Protección Legal	El Tribunal Colegiado falló que la negativa de atención médica especializada violaba el derecho constitucional a la salud.
COVID-19 2020	Urgencia y Emergencia, Políticas de Salud	Se otorgó una suspensión debido a la falta de políticas adecuadas para manejar la pandemia, subrayando la importancia de la respuesta de emergencia en la salud pública.
Tabasco COVID-19 2021	Atención Médica, Derechos del Paciente	Demanda de amparo por no proporcionar atención médica adecuada e incurrir en omisiones que afectaron la integridad física y la vida del paciente, resaltando la necesidad de una atención médica oportuna y completa.

Fuente: Elaboración propia.

Las reformas constitucionales en materia de derechos humanos han transitado con ayuda de la interpretación que se establece en el poder judicial. La Ley General de Salud por sí sola no puede ser garante, de igual manera, no esclarece las prerrogativas en su materia, lo que dificulta su ejecución, de allí las bondades de la justiciabilidad del derecho al avanzar en esta tarea²⁹.

De acuerdo con Cisneros³⁰: “El Poder Judicial de la Federación debe equilibrar y, en su caso, limitar las acciones presidenciales con neutralidad política y altitud de miras. Ese es uno de los objetivos de las reformas del artículo 1º constitucional y al juicio de amparo del año 2011, cuya piedra angular fue garantizar la máxima eficacia de los Derechos Humanos. El artículo 4º constitucional establece que todos tienen derecho a la protección de la salud. Consecuentemente, toda negación o restricción presupuestaria viola este derecho humano. Por otra parte, antes sólo podían pedir amparo las personas

que sufrieran un agravio personal y directo. Ese requisito cambió por el de interés legítimo individual o colectivo. Esto significa que ahora pueden pedir amparo, en forma individual o en grupo, todas las personas que sean afectadas negativamente por el cambio de una situación jurídica existente. Así, pues, pueden pedir amparo todas las personas a las que una ley, acto u omisión de la autoridad viole alguno de los derechos humanos. La reducción del presupuesto para la salud viola el artículo 4º constitucional, porque al reducir el personal médico y los medicamentos afecta la situación y condición en que antes se prestaba ese servicio”.

Discusión

En los tiempos recientes, donde la salud encuentra una etapa más compleja, casos como la pandemia de COVID-19 transformó el entorno internacional, las naciones establecieron medidas prioritarias para atenderla, tomando como referencia

lo definido por la Organización Mundial de la Salud. Bajo estos esquemas y políticas de mitigación y control, no solo los pacientes sino también el personal médico enfrentó condiciones adversas en materia de seguridad y de su propia protección de la salud. Con este escenario, debió ser papel del poder judicial, analizar si los equipos de protección y las políticas implementadas eran idóneas para la seguridad del personal en salud. La pandemia, visibilizó los problemas del sistema de salud y sus deficiencias estructurales que ya venían persistiendo. El Poder Judicial es quien tiene la facultad de garantizar los derechos, aún más en tiempos de donde la política pública no ha encontrado solución³¹.

Los ejemplos citados, que incluyen la negación de medicamentos esenciales, discriminación basada en género en el acceso a los servicios de salud, y la falta de atención médica adecuada, demuestran tanto las fallas en el sistema de salud como los esfuerzos por corregir estas deficiencias a través de decisiones judiciales; El caso relacionado con la COVID-19 subraya cómo las acciones legales pueden ser fundamentales en tiempos de crisis para garantizar políticas y estrategias sanitarias adecuadas.

El aislamiento, los esquemas y programas de vacunación pusieron en balanza diversos derechos, que debieron ser interpretados detenidamente para anticipar los problemas en el ejercicio de ciertos derechos durante la pandemia³². En México, es poca la acción en materia de prevención de enfermedades y detección de riesgos sanitarios, lo que dificulta el ejercicio de este derecho fundamental³³.

Existe un incremento en la aparición de enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales, que requieren de recursos y atención. La innovación y la calidad son dos elementos esenciales para asegurar un Estado de derecho en materia de salud, con políticas de prevención, incluyentes y con personal con sentido ético y humanista³⁴.

Las tablas 2, 3 y 4 del apartado introductorio que abordan la dinámica demográfica, pobreza y desigualdad de México evidencian múltiples obstáculos en la garantía del derecho a la salud. Según los datos de 2020 presentados en la tabla 3, la mayoría de las afiliaciones correspondían al IMSS, seguidas por el Instituto de Salud para el Bienestar y el ISSSTE. Esta situación se presenta en un contexto de pobreza y desigualdad, donde la distribución de médicos especialistas —con un ratio de 0.71 por cada mil habitantes en 2016³⁵— se sitúa muy por debajo del promedio nacional. Ante este escenario, el juicio de amparo se ha erigido desde los años 1990 como un pilar fundamental en la defensa de la salud, ofreciendo un recurso legal que habilita a los ciudadanos a demandar una atención adecuada. Ello demuestra que la efectividad del derecho

a la salud en México, más allá de las políticas de salud implementadas, ha dependido con frecuencia de la actuación del poder judicial para abordar las carencias y promover la equidad en el cuidado de la salud.

Conclusiones

El amparo ha sido una vía para reclamar la protección del derecho a la salud, desde la década de los años 90, el Poder Judicial ha hecho lo que la política pública no, dar garantía a los derechos humanos. La inadecuada concepción de los derechos humanos, de los tratados internacionales y de la dignidad humana, han hecho ineficaz en el plano del poder ejecutivo la garantía del derecho a la salud. El Poder Judicial se ha mostrado vanguardista cuando determinó aspectos como el de la discriminación por género, el acceso a medicamentos a personas con VIH y acceso oportuno a tratamiento por COVID-19.

La antigua concepción de que los derechos fundamentales de segunda generación, incluido el derecho a la salud, eran meramente programáticos ha quedado obsoleta. Actualmente, el Poder Judicial de la Federación desempeña un papel crucial en la justiciabilidad directa de estos derechos a través del Juicio de Amparo. La Reforma Constitucional de 2011, en lo concerniente a los derechos humanos y al juicio de amparo, ha sido fundamental para concretar la justicia social, proporcionando las herramientas necesarias para superar obstáculos burocráticos y asegurar los derechos de la ciudadanía. Estas reformas han fortalecido una trayectoria que desde la década de los noventa ya venía consolidando la protección de los derechos.

En México, existen disparidades en el acceso a los servicios de salud en diversas regiones, contrastes que se observan también de acuerdo con el nivel socioeconómico de la población, lo que refleja una desigualdad en la acción pública. El Juicio de Amparo es un instrumento eficaz para nivelar la situación de aquellos que se encuentran en un plano de desigualdad, ya que, con independencia de su situación, si una persona solicita este instrumento, es posible que el juez determine que la autoridad proteja sus derechos de inmediato.

El reto para su efectividad radica en el entendimiento de los derechos humanos desde perspectivas más allá de la ley, en esta investigación se utilizaron datos relativos a la desigualdad como una manera de evaluar la eficacia del Estado en el cumplimiento de algunos derechos humanos, y tal como se puede observar, los indicadores muestran niveles elevados de desigualdad y pobreza, lo que genera una necesidad de entender que los derechos humanos tienen que alcanzar la garantía en situaciones complejas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

Para garantizar el cumplimiento de los principios éticos de la investigación se discutió y aprobó el proyecto en el Comité de Ética de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: R.C.M., A.E.C.A.T.; Curación de datos: R.C.M.; Análisis formal: R.C.M.; Adquisición de Financiamiento: R.C.M.; Investigación: R.C.M.; Metodología: R.C.M., A.E.C.A.T.; Administración de proyecto: R.C.M.; Recursos: R.C.M.; Software: R.C.M.; Supervisión: R.C.M., A.E.C.A.T.; Validación: R.C.M.; Visualización: R.C.M., A.E.C.A.T.; Redacción – Borrador original: R.C.M., A.E.C.A.T.; Redacción: revisión y edición: R.C.M., A.E.C.A.T.

Referencias

1. Salazar Ugarte, Pedro (coordinador), La Reforma Constitucional sobre Derechos Humanos. Una guía conceptual, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República, México, 2014. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r33063.pdf>

2. OIT. De Bismark a Beveridge: seguridad social para todos. Trabajo. La revista de la OIT. 2009. https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articulos/ilo-in-history/WCMS_122242/lang-es/index.htm

3. García, Rolando, Sistemas Complejos. Concepto, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria, Gedisa, Barcelona, 2006. <https://repositorio.esocite.la/364/>

4. Mancha Romero, Pedro, Teoría de la complejidad, caos y derecho: una lectura jurídica de las dinámicas emergentes y no lineales, Marcial Pons, Madrid, 2017, pp. 220-225

5. Saroj, Jayasinghe, Complexity Science to Conceptualize Health and Disease: Is It Relevant to Clinical Medicine?, Mayo Clin Proc. 2012 Apr; 87(4): 314–319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22469343/>

6. Benavides F, Delclós J, Serra C. Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. Gaceta Sanitaria. 2020; 32(2): 193-197. DOI <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.006>

7. Contreras Pulache H. ¿Cómo fortalecer el rol del Estado en salud? Revista Peruana de Epidemiología. 2014; 18(1): 1-3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355013>

8. Organización de las Naciones Unidas. Observación General No. 14. Ginebra: 2000. https://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC.C.GC.14_sp.doc

9. Lustig N. Salud y desarrollo económico El caso de México. El trimestre económico. 2007; 74(296): 793-822. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2007000400793&lng=es&nrm=iso

10. CONEVAL. Evolución de las dimensiones de pobreza. [En línea]. 2020. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Medicion-por-ingresos-1990-2012>

11. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales y ambientales de la Salud. [En línea]. 2022. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>

12. García A. Los retos para mejorar el sistema de salud pública en México. [En línea].; 2019. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/estados/Los-retos-para-mejorar-el-sistema-de-salud-publica-en-Mexico-20190105-0001.html>

13. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. [En línea]. 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_01_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t

14. Banco Mundial. La falta de servicios de salud representa un desperdicio en materia de capital humano: cinco maneras para lograr una cobertura sanitaria universal. [En línea]. 2018. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>

15. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill; 2014. https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
16. Landa C. El proceso de amparo en América Latina. Anuario de derecho constitucional latinoamericano. 2011; 7: 207-226. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r27649.pdf>
17. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. 1965. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
18. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
19. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
20. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
21. “La garantía constitucional de protección de la salud incluye el derecho a recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento de la enfermedad”, comunicados de prensa, México, D.F. a 1 de marzo del 2000, disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/comunicado.asp?id=242>
22. AMPARO EN REVISIÓN 2543/98. María Guadalupe Chavira Hernández y coags. 18 de mayo de 1999. Unanimidad de nueve votos. Ausentes: Mariano Azuela Güitrón y José Vicente Aguinaco Alemán. Ponente: José de Jesús Gudiño Pelayo. Secretaria: Felisa Díaz Ordaz Vera, disponible en: <http://issstelex.juridicas.unam.mx/jurisprudencia/detalle/406-trabajadores-al-servicio-del-estado-el-articulo-24-fraccion-v-de-la-ley-del-instituto-de-seguridad-y>
23. Allard Soto R, Hennig Leal M, Galdámez Zelada L. El derecho a la salud y su (des) protección en el Estado Subsidiario. Estudios constitucionales. 2016; 14(1): 95-138. DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>
24. Sánchez Cordero O. Precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia del derecho a la protección de la salud. Revista CONAMED. 2000; 6(17): 8-15 <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2000/no17/2.pdf>
25. Cisneros Hernández R. El amparo y el derecho a la salud. [En línea]. 2019. Disponible en: <https://www.milenio.com/opinion/ricardo-cisneros-hernandez/perspectiva-juridica/el-amparo-y-el-derecho-a-la-salud>
26. Delgadillo A, Rojas E. El Poder Judicial de la Federación frente al COVID-19: la pandemia del (des)amparo. [En línea]. 2021. Disponible en <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/el-poder-judicial-de-la-federacion-frente-al-covid-19-la-pandemia-del-desamparo/>
27. Lugo Garfias M. El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación. México: Comisión Nacional de Derechos. [En línea]. 2015. Disponible en: https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf
28. Abramovich V, Pautassi L. El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. Salud colectiva. [En línea]. 2008; 4(3): 261-282. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000300002&lng=es&nrm=iso
29. Vélez Arango A. Nuevas concepciones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho. Hacia la Promoción de la Salud. [En línea]. 2007; 12(1): 63-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
30. Gutiérrez Rivas R. La justiciabilidad del derecho a la salud en México y en el sistema interamericano de derechos humanos. Revista del Centro de Estudios Constitucionales. 2019;(5): 517-532 https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/publication/documents/2019-03/18_GUTI%C3%89RREZ_REVISTA_CEC_SCJN_NUM_5-535-550.pdf
31. Poder Judicial de la Federación. Amparo Indirecto 1074/2022-I-1. Villahermosa, Tabasco; 2022. Disponible en: http://201.147.98.8/dofdia/2023/abr23/pdf/28abr23_avi.pdf
32. García Montero Y, Hernández León S. Ciencia, derecho y Covid-19: el amparo sobre los equipos de protección del personal de salud. [En línea]; 2020. Disponible: <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/ciencia-y-derecho-frente-al-covid-19-el-amparo-sobre-los-equipos-de-proteccion-del-personal-de-salud/>

33. CEPAL. Autoridades reconocen y relevan el rol del Estado en la recuperación pospandemia e instan a construir instituciones resilientes para enfrentar los desafíos del desarrollo. [En línea]. 2021. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/autoridades-reconocen-relevant-rol-estado-la-recuperacion-pospandemia-istan-construir>

34. Banco Mundial. 5 acciones para implementar una cobertura universal de salud eficiente. [En línea]. 2020. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/5-acciones-para-implementar-una-cobertura-universal-de-salud-eficiente>

35. CONEVAL. Evolución de las dimensiones de pobreza, idem. Disponible: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-pobreza.aspx>

Eficacia del trabajo con familias en duelo complicado por COVID-19 en el primer nivel

Effectiveness of working with families in grief complicated by COVID-19 at the first level

Thalía Selene Medina-Hernández¹,  Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez²,  Rosa María Sánchez-Rodríguez³, 
María Luisa Castillo-Orueta⁴,  María Isabel Avalos-García⁵ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5724

Artículo Original

• Fecha de recibido: 5 de diciembre de 2023 • Fecha de aceptado: 11 de marzo de 2024 • Fecha de publicación: 17 de abril de 2024

Autor de correspondencia

María Isabel Avalos-García, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez
Dirección postal: Avenida Gregorio Méndez S/N
Col Tamulté de las Barrancas, Villahermosa, Tabasco, México.
Correo electrónico: isaavalos67@hotmail.com; garridoperezsilvia2@gmail.com

Resumen

Objetivo: Determinar la eficacia del trabajo con familias en fase de duelo complicado por COVID-19, para restablecer la homeostasis y dinámica familiar.

Material y Métodos: Estudio con enfoque mixto, bajo un diseño cuasi experimental. Se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación. En la primera se encuestaron 99 personas que perdieron a un familiar durante la pandemia con el test Inventario de duelo complicado (IDC) y el FF.SIL para estudiar la funcionalidad familiar. Se realizó intervención a cinco familias con duelo complicado y disfunción familiar, mediante trece sesiones presenciales y el empleo de técnicas de terapia narrativa y Gestalt, con la finalidad de recuperar la homeostasis familiar. Para evaluar el efecto de la intervención se aplicó un pos-test, así como los comentarios de las familias. Se realizó prueba t de Student para la diferencia pre y pos-test.

Resultados: Se encontraron familias con duelo complicado y disfunción familiar en el 25.3%. En el pretest-postest del FF-SIL, la prueba T de Student observó diferencia de medias de $T=8.571$, desviación estándar de $s\pm 7.387$, intervalo de confianza de IC95% Li: 4.306; Ls: 12.837 y valor de $t=4.341$, $gl=13$ y valor de $p=0.0001$, estadísticamente significativo.

Conclusión: Con la intervención se logró restablecer la homeostasis, dinámica y salud familiar.

Palabras clave: Efecto; COVID-19; Duelo; Dinámica Familiar; Homeostasis.

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of working with families in a phase of grief complicated by COVID-19 to restore homeostasis and family dynamics.

Material and Methods: Study with a mixed approach, under a quasi-experimental design. It was developed in three stages: diagnosis, intervention and evaluation. In the first, 99 people who lost a family member during the pandemic were surveyed with the Complicated Grief Inventory (IDC) test and the FF.SIL to study family functionality. An intervention was carried out on five families with complicated grief and family dysfunction, through thirteen face-to-face sessions and the use of narrative and Gestalt therapy techniques, with the aim of recovering family homeostasis. To evaluate the effect of the intervention, a post-test was applied, as well as the families' comments. Student's t test was performed for the pre- and post-test difference.

Results: Families with complicated grief and family dysfunction were found in 25.3%. In the pretest-posttest of the FF-SIL, the Student's T test observed a mean difference of $T=8.571$, standard deviation of $s\pm 7.387$, 95% CI confidence interval Li: 4.306; Ls: 12.837 and t value= 4.341, $df=13$ and p value=.0001, statistically significant.

Conclusion: With the intervention, homeostasis, dynamics and family health were restored.

Keywords: Effect; COVID-19; Complicated Grief; Family Dynamics; Homeostasis.

¹ Médico Residente de Medicina Familiar, adscrita al CESSA Tierra Colorada de la Secretaría de Salud de Tabasco, México.

² Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Villahermosa, Tabasco, México.

³ Maestra en Sistemas de Calidad. Médico especialista en medicina familiar, subespecialistas en terapia familiar. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco. México.

⁴ Doctora en Ciencias de la Educación. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco. México.

⁵ Doctora en Ciencias de la Salud. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco, México.



Introducción

La pandemia de COVID-19 dejó una serie de problemas a nivel mundial que sigue afectando el desarrollo humano, las grandes ciudades se enfrentaron al desempleo, confinamiento, afectando en gran medida la economía; sin duda alguna las familias también fueron afectadas por este fenómeno¹.

Otra de las causas que modificó la estructura familiar fue que, al contagiarse de esta enfermedad, muchas familias perdieron algunos integrantes enfrentando un duelo. Definitivamente es importante atender este tipo de crisis mediante una intervención, para contribuir a regular la funcionalidad de las familias que atravesaron este evento².

La imposibilidad de despedirse adecuadamente de los seres queridos fallecidos, las restricciones impuestas por las medidas de distanciamiento social y el miedo al contagio son algunos de los factores que dificultan el proceso de adaptación y recuperación emocional de las familias en duelo.

En este contexto, el médico familiar en atención primaria es y sigue siendo el personaje más cercano a la problemática observada durante la pandemia.

Las crisis que la familia atraviesa se pueden superar en la unión y colaboración de los miembros, pero la muerte de estos es en ocasiones insuperable, por lo que se necesita de una intervención para superar la fase del duelo y más cuando se complica. El duelo complicado por la pandemia de COVID-19, ha generado una serie de desafíos en las familias afectando su homeostasis.

El impacto ante el deceso inesperado de algún familiar genera modificaciones en el desarrollo cognitivo, socioemocional y cambios en los roles influenciados por las crisis para normativas por desorganización, manifestando procesos repentinos de adaptabilidad por los que atravesaron las familias.

Dada la contingencia inesperada y el corto tiempo que ha pasado, en realidad es poco lo que se ha realizado para ayudar a los millones de familias en todo el mundo que perdieron a un ser querido en masa y de forma intempestiva, por lo que se resalta la importancia de la intervención.

En este estudio se destaca la homeostasis y su importancia para el buen funcionamiento familiar como un mecanismo para mantener el equilibrio y estabilidad de un sistema familiar sobre todo en momentos de crisis para superar el duelo y la incertidumbre.

En tal sentido, el mantenimiento del equilibrio interno y externo e interacción entre los miembros de la familia facilita una relación emocional, física y psicológica para promover el

desarrollo de cada miembro, permitiendo el cambio necesario sin que se afecte el equilibrio del sistema familiar³.

En esta investigación se menciona como interviene el médico familiar y el equipo de salud integrado por un terapeuta familiar, enfermería, nutrición, estomatología y trabajo social para ayudar a las familias en el proceso de pérdida de sus miembros. Durante la pandemia el núcleo familiar atravesó diferentes crisis, pero la de mayor impacto fue el contagio por el COVID-19 trayendo consigo un duelo por pérdida de familiares.

Ante tal escenario, resulta fundamental desarrollar estrategias efectivas de intervención familiar que promuevan la adaptación y la resiliencia en las familias en duelo complicado. Estrategias que deben abordar tanto las necesidades individuales como las dinámicas familiares, reconociendo la importancia de mantener el equilibrio en el sistema familiar. Este hecho puede marcar la diferencia en el proceso de adaptación y recuperación emocional de las familias afectadas, fortaleciendo su resiliencia y promoviendo su bienestar en tiempos de crisis.

Derivado de lo anterior se realizó un estudio con el objetivo de determinar la eficacia del trabajo con familias en fase de duelo complicado por COVID-19 para restablecer la homeostasis y dinámica familiar.

Materiales y Métodos

Estudio con enfoque mixto, bajo un diseño cuasi experimental, se realizó durante el periodo de enero de 2021 a enero 2023 en el Centro de Atención Familiar Integral (CAIF), CESSA Tierra Colorada de la Secretaría de Salud en Tabasco, México.

Se estudió el universo de familias con defunciones por COVID-19 N=2,786, a partir de esos datos se calculó un tamaño de muestra para estimar una proporción, utilizando la fórmula para poblaciones finitas dando como resultado 116 pacientes.

El estudio se desarrolló en tres etapas: 1) Diagnóstico de problemas en las familias seleccionadas (cuantitativo y cualitativo), 2) de intervención (cualitativo) y 3) de evaluación (cuantitativo y cualitativo).

Una vez obtenida la muestra, se invitó a las familias de los 116 pacientes que fallecieron por COVID-19 a participar en la primera etapa, de las cuáles aceptaron 99.

En la fase diagnóstica se les aplicó a todas las familias el instrumento de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL de Pérez⁴ para evaluar la funcionalidad familiar e identificar las dimensiones afectadas.

Para evaluar el nivel de duelo que presentaron las familias se empleó el inventario de duelo complicado de Prigerson⁵.

Los criterios de selección para participar en la fase de intervención familiar es que tuvieron la pérdida de un integrante a causa del COVID-19, sin distinción de sexo, que desearan participar, durante el periodo de estudio, familias que presentaron algún grado de duelo complicado por COVID-19 y disfunción familiar. A través de invitación directa y respetando su libre albedrío accedieron a participar de manera voluntaria e informada un total de cinco (n=5) familias.

En la segunda etapa de intervención participó el equipo multidisciplinario de salud (enfermería, psicología, trabajo social, nutrición, estomatología) bajo el liderazgo del médico familiar y con el apoyo de un terapeuta familiar.

La intervención se realizó a lo largo de un año, bajo un abordaje sistémico, se estableció el contrato terapéutico con las familias. Mediante un total de 13 sesiones presenciales, con una duración de 60 minutos para la atención integral en las esferas biológica, psicológica, social y espiritual, en términos de explorar las conexiones, relaciones entre las partes y el entorno.

Así mismo se utilizaron técnicas como terapia narrativa, silla vacía de Gestalt para el abordaje del duelo no resuelto, carta de despedida, ritual conmemorativo de despedida, dibujo del árbol de valores, la escalera de la espiritualidad. Se emplearon técnicas como historia clínica, entrevista familiar, tareas básicas de Moore, Familiograma estructural y dinámico todo de manera sistémica con el objetivo de identificar factores de riesgos y recursos o protectores.

Se identificaron los factores de riesgo y los recursos disponibles para la familia, tanto los económicos, médicos, religiosos, sociales, económicos y educativos para el abordaje del duelo. Se realizó intervención educativa para el abordaje de enfermedades crónicas e infectocontagiosas. Se implementaron guías anticipadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital de la familia y el envío al Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA).

En la etapa tres se realizó evaluación de los avances y el efecto (eficacia) de la intervención en las familias a través de la aplicación de instrumentos utilizados en la primera etapa (FF-SIL e IDC). Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó estadística descriptiva y analítica por medio de la prueba t de Student para la diferencia de medias relacionadas, se empleó el programa estadístico SPSS versión 26. El estudio se apegó a los principios éticos establecidos por la Ley General de Salud en materia de investigación en ciencias de la salud y fue aprobado por el comité de ética e investigación en la unidad de salud donde se realizó el estudio.

Resultados

En la población de pacientes estudiados que enfrentaron la muerte de un integrante de la familia por COVID-19, se obtuvo que la mayoría fueron mujeres 63.3% (63), el grupo de edad que predominó fue de 45-50 53 % (53), 35-45 26.3% (26) y de 30-35 el 20.2% (20).

Con un nivel de estudios de secundaria 27.3% (27), bachillerato 25.3% (25), licenciatura 21.2% (21), carrera técnica 18.2% (18), primaria 6.1% (6) y especialidad 2% (2). El estado civil con mayor frecuencia fue el de casados 58.6 % (8), unión libre 25.2% (25), solteros 12.1% (12) y viudos 4% (4), el estrato socioeconómico en su mayoría fue medio bajo 87.9 (87), medio alto 6.1 (6) y bajo 6% (6). La ocupación fue labores del hogar 43.4%, empleados 38.4 (38), comerciante 7.1% (7), profesionista 6.1% (6), desempleados 5.1% (5), en lo que se refiere a la religión, católicos 58.6 % (58) y protestantes 41.4% (41).

De las familias estudiadas fueron funcionales 74.7% (74) y con algún grado de disfuncionalidad 25.3 (25).

Las familias que presentaron duelo normal 20.2 % (20) y con duelo complicado 79.8 % (79).

Características según la variable de salud mental en los pacientes en fase de duelo complicado por COVID-19

En la población de pacientes con duelo complicado, se observó que la emoción que se presentó con mayor frecuencia fue la sensación de tristeza 43.4 %, llanto fácil 30.3%, irritabilidad 18.2% y enojo el 8.1%.

Con respecto al parentesco del familiar fallecido, se encontró que fueron abuelos el tipo de familia más frecuente fue nuclear 45.5%, familia extensa 32.3%, nuclear monoparental 13.1% y compuesta 9.1%. Así mismo, predominó al ciclo vital en fase de expansión con un 44.4 %, en fase de dispersión 29.3%, fase de retiro y muerte el 17.2 %, fase de matrimonio 5.1% y fase de independencia 4%.

Las familias bajo estudio presentaron un evento crítico asociado al duelo, entre los cuales fueron: por muerte de otro integrante de la familia 56.6% (56), hospitalización de otro integrante de la familia 16.2% (16), problemas económicos 10.1% (10), accidente 10.1 (10), separación o divorcio 5.1% (5) y suicidio de un familiar 2% (2)

En la tabla 1 se observa que la mayoría de las familias estudiadas fueron funcionales y cursaron con un duelo normal en un 91.10% con una X^2 55.665^a y un valor de $p=$.000, siendo estadísticamente significativa.

Tabla 1. Funcionalidad familiar y duelo complicado por COVID-19

Funcionalidad	Duelo complicado		Duelo normal		X ²	Valor de p
Familia disfuncional	f	18	7			
	%	90.00%	8.90%			
Familia funcional	f	2		72		
	%	10.00%		91.10%		
Total	f	20		79		
	%	100.00%		100.00%		

Fuente: Instrumento de funcionalidad familiar ff-sil n=99.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar, se encontró que las dimensiones afectadas fueron: armonía 59.6%, afectividad 55.6%, permeabilidad 54.5%, adaptabilidad 52.5% y comunicación 50.5%. Sin embargo, la dimensión con mayor porcentaje de funcionalidad fue la cohesión 55.6, seguida de roles 53.5% (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones de funcionalidad familiar de pacientes en duelo complicado por COVID-19.

Dimensiones	Inadecuada		Adecuada	
	f	%	f	%
Cohesión	44	44.4	55	55.6
Armonía	59	59.6	40	40.4
Comunicación	50	50.5	49	49.5
Permeabilidad	54	54.5	45	45.5
Afectividad	55	55.6	44	44.4
Roles	46	46.5	53	53.5
Adaptabilidad	52	52.5	47	47.5

Fuente: instrumento de funcionalidad familiar ff-sil n=99.

Se realizó el abordaje integral en las cinco familias seleccionadas con duelo complicado y disfunción familiar debido al COVID-19. La intervención se desarrolló con enfoque en las esferas biológica, psicológicas, emocional, conductual, educativa, familiar y espiritual. Mediante un total de trece sesiones de 60 minutos, se emplearon técnicas como las reglas básicas de Moore, escucha activa y reforzamiento positivo, identificando y jerarquizando los factores de riesgo y recursos de cada familia en duelo. Se trabajó en mejorar la dinámica, cumplimiento de roles, funciones de los integrantes, guías anticipadas y tareas del desarrollo de acuerdo con el ciclo vital. Así mismo se realizaron rituales conmemorativos de despedida, se utilizó la técnica de la silla vacía, terapia narrativa para la elaboración y resolución del duelo. Se realizó coordinación con el servicio de psicología para trabajar en conjunto.

Con base en la jerarquización de factores de riesgo en las cinco familias estudiadas, se observó que en lo biológico fueron las enfermedades crónico degenerativas (HAS, DM, CA), en lo social (adicción, aislamiento por COVID-19, imposibilidad de despedidas por restricción sanitaria), en lo psicológico (duelo complicado, depresión leve, ansiedad), en lo familiar (disfunción, mala comunicación, eventos críticos para-normativos eventos desmoralizantes por adicción, abandono por muerte de algún integrante previamente). De acuerdo con los recursos identificados predominaron los médicos (servicio médico IMSS, SSA), sociales (buena red de apoyo), culturales (práctica de buena vecindad, adecuada higiene), económicos (cuentan con trabajo), religiosos (acuden a la iglesia), educativo (nivel medio superior).

Se diseñó la intervención para cada familia en fase de duelo complicado por COVID-19, acorde a resultados diagnósticos cualitativos identificados en cada una de las sesiones, a través de la comunicación no verbal, la narrativa de las emociones ante el duelo, afrontamiento en el sistema familiar, detallados en la (Tabla 5).

Posterior a la intervención se observó el impacto cualitativo corroborándose mediante la percepción del investigador por cada familia estudiada, haciendo una comparación y resultados pre y post intervención de las familias en fase de duelo complicado por COVID-19.

La eficacia de la estrategia de intervención a través del trabajo con familias disfuncionales en fase de duelo complicado por COVID-19, se midió mediante la aplicación de instrumentos post-intervención para medir la funcionalidad familiar (FF-SIL), y el tipo de duelo a través del IDC.

Donde se observó un FF-SIL pre-intervención con una $T=56.50$, además de una desviación estándar $s=1.898$. Así mismo según los resultados del (FF-SIL) post intervención se observó $T=65.00$, con una desviación estándar $s=0.929$ (Tabla 3).

Además, se aplicó el instrumento inventario de duelo complicado (IDC) post intervención. Se observó que en el IDC pre-intervención presentó una $T=61.43$, con una desviación estándar $s=12.017$. En la aplicación del IDC post intervención se observó una $T=18.36$, con una desviación estándar $s=3.586$ (Tabla 4).

Con respecto a los resultados obtenidos, se puede demostrar que la intervención realizada en las familias en fase de duelo complicado por COVID-19, tuvo eficacia de manera positiva, de tener duelo complicado con disfunción pasaron a tener duelo normal y funcionalidad con una diferencia de medias para funcionalidad de $T=8.571$, una desviación estándar de $s\pm 7.387$, un intervalo de confianza al IC95%: Li 4.306, un valor de $t=12.837$, con un $g\neq 13$ y un valor de $p=.0001$, estadísticamente significativo (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba T Student para comparación de muestras pareadas.

Instrumento	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>S</i>	Media de error estándar
FF-SIL				
FF-SIL Pre-intervención	56.5	14	7.101	1.898
FF-SIL Post intervención	65	14	3.474	0.929
Instrumento	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>S</i>	Media de error estándar
IDC				
IDC Pre-intervención	61.43	14	12.017	3.212
IDC Post intervención	18.36	14	3.586	0.959

Fuente: instrumento de funcionalidad familiar ff-sil e inventario de duelo complicado pretest y post test

Tabla 4. Diferencias emparejadas.

Diferencias emparejadas						<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilateral)
Instrumento	<i>T</i>	Desviación estándar	<i>S</i>	95% de intervalo de confianza				
FF-SIL				Inferior	Superior			
FFSIL PRE Y POST INTERVENCIÓN	8.571	7.387	1.974	4.306	12.837	4.341	13	0.001
Diferencias emparejadas						<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilateral)
IDC	<i>T</i>	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza				
IDC				Inferior	Superior			
IDC PRE Y POST INTERVENCIÓN	43.071	10.816	2.891	36.826	49.317	14.899	13	0.001

Fuente: instrumento de funcionalidad familiar ff-sil e inventario de duelo complicado pretest y post test

Así mismo, con una diferencia de media medias para duelo de $T=43.071$, una desviación estándar de $s\pm 10.816$, un intervalo de confianza al IC95%: Li 36.826, un valor de $t=14.899$, con un $gl=13$ y un valor de $p=.000$, estadísticamente significativo (Tabla 4).

Resultados cualitativos

En la tabla 5 se presentan las características de las cinco familias intervenidas.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la intervención familiar en fase de duelo complicado por COVID-19 fue eficaz, ya que se logró recuperar la homeostasis y dinámica en las familias. Dato que es similar a lo publicado en Colombia por León y colaboradores⁶, quienes en su estudio encontraron que la muerte inesperada, rápida y repentina en pacientes adultos mayores, aunados a la falta de redes de apoyo y estrategias de intervención para despedir a los familiares fallecidos, provocó duelos complicados. El autor empleó diversos métodos de intervención para mejorar la dinámica y funcionalidad familiar.

Dentro de las alteraciones identificadas en este estudio que generaron desintegración y desestructuración en la organización del núcleo familiar fue la adaptabilidad, debido a la situación de encierro que sufrieron los familiares con COVID-19, lo que dificultó los rituales de despedida, eventos conmemorativos y tradiciones que fomentan la unidad familiar. Estos elementos son fundamentales para favorecer los duelos funcionales, sin embargo, durante la pandemia fue necesario ofrecer recursos sustitutivos para abordar el duelo y la muerte, según afirma Araujo y colaboradores⁷.

Por otro lado, el grado de funcionalidad y dimensiones como la cohesión y adaptabilidad, según señala Huerta González son ejes centrales para el sustento de la homeostasis familiar⁸.

Comparadas con las dimensiones afectadas en las familias estudiadas, se observó con mayor frecuencia la adaptabilidad, comunicación, roles, afectividad, armonía y permeabilidad.

Guerra Ramírez en su estudio tuvo hallazgos relacionados con la tipología familiar, donde se encontró que las familias nucleares fueron las más afectadas durante la pandemia, así mismo el ciclo vital que se vio afectado fue el de expansión, según Huerta González⁹.



Tabla 5. Características cualitativas de las familias en fase de duelo complicado por COVID-19, CESSA, Tierra colorada.

Familia 1	Categorías	Interpretación
Comunicación no verbal		Durante las primeras sesiones la Sra. Rita se mostraba con expresión facial triste, ojos llorosos, un poco ansiosa, presentaba piernas inquietas.
Narrativa sobre emociones ante la enfermedad y pérdida del familiar.		La Sra. Rita solloza cuando empieza a narrar la manera en la que recibió la noticia del fallecimiento de su cuñado, menciona sentir tristeza y coraje al no poder despedirse, e inicia llanto fácil al contar la manera en la que se enteró del fallecimiento de su madre. Sic paciente; " No me explico porque mi madrecita, si ella era una persona muy buena".
Afrontamiento en el sistema familiar		Debido al fallecimiento de mi madre, Sic paciente; " Tuve mucha tristeza, lloraba mucho y no quería hacer mis actividades", esto generaba problemas en el subsistema paterno-filial, no había una adecuada comunicación con el hijo, no se llevaban a cabo los roles ni se respetaban jerarquías por parte del hijo.
Familia 2	Categorías	Interpretación
Comunicación no verbal		Durante las primeras sesiones se mostraba seria, con el ceño fruncido, se percibía con rostro angustiado, ojos llorosos y mirada hacia abajo.
Narrativa sobre emociones ante la enfermedad y pérdida del familiar.		La Sra. Susana menciona sentir impotencia y frustración por no poder despedirse de su madre, aun considera que esta acción le genera mucha culpa, Sic. Paciente; Me hubiera gustado cuidarla y acompañarla en sus últimas horas de vida, sin importarme el contagio."
Afrontamiento en el sistema familiar		Menciona en repetidas ocasiones que sus hermanos no se ponían de acuerdo resolver situaciones de trámites para poder trasladar el cuerpo de su madre. Menciona poca unidad de los integrantes de su familia.
Familia 3	Categorías	Interpretación
Comunicación no verbal		Durante las primeras sesiones la Sra. Petrona se mostraba con llanto fácil, ojos hinchados, su rostro mostraba tristeza profunda, hombros hacia abajo, la mirada siempre la mantuvo hacia abajo, se mostraba desanimada.
Narrativa sobre emociones ante la enfermedad y pérdida del familiar.		Sic. Paciente " teníamos miedo al contagio y por eso mi esposo no quería ir al hospital, pensamos que no iba hacer tan grave." Al poco tiempo mi José falleció y no podía creer lo que estaba pasando, tenía estrés y culpa por lo que estaba sucediendo y no haber podido actuar a tiempo.
Afrontamiento en el sistema familiar		Siempre tuve el apoyo de mi familia, mi suegra y mi cuñado estuvieron al pendiente de mi familia. Me ayudaron a sacar el cuerpo de mi esposo, como era una situación difícil no se permitían rezos de despedidas, no se despidió a mi José como me hubiera gustado.
Familia 4	Categorías	Interpretación
Comunicación no verbal		Durante las sesiones se mostraba ansiosa, con ojos hinchados, además mostraba hombros hacia abajo, su voz era con tono bajo, se mostraba irritable y poco cooperadora a las preguntas.
Narrativa sobre emociones ante la enfermedad y pérdida del familiar.		Menciona sentirse enojada con la vida, además de tener el sentimiento de culpa por haber contagiado a su abuelita, Sic paciente; " Me da coraje que por mi descuido mi abuela se murió". Ella era una persona sana. Tengo un pensamiento que no me deja dormir, si tan solo hubiera evitado visitarla sabiendo que tenía la enfermedad. Todo está muy mal desde que ella falleció, no tengo ganas de hacer nada.
Afrontamiento en el sistema familiar		No pudimos despedir a mi abuela, por el confinamiento no la despedimos con un rezo que acostumbramos, mi familia me culpaba por la muerte de mi abuela, se alejaron algunos de mí, se rompió la relación entre mis primos y mi familia. Casi no teníamos comunicación y la poca era de manera virtual.
Familia 5	Categorías	Interpretación
Comunicación no verbal		Durante las primeras sesiones la Sra. Montero se percibía con tristeza, muy sensible al contestar las preguntas, mostraba llanto fácil al hablar acerca de su hijo, siempre con la cabeza hacia abajo, ojos llorosos.
Narrativa acerca de las emociones presentadas ante la enfermedad y pérdida del familiar.		La Sra. Montero comenta que siente mucha ira, coraje y rabia por no haber podido cuidar a su hijo mientras estaba enfermo, sic paciente; "Mi nuera me decía que no me acercara porque tenía la enfermedad mal y podía contagiarme", pero, yo quería estar con mi José y no pude hablar, se me fue sin despediros. "Él era una persona muy trabajadora, le gustaba el campo, estaba al pendiente de mi medicamento, no hay nadie como mi José". No dio tiempo de llevarlo al hospital eso me genera impotencia por no haberlo tratado a tiempo.
Afrontamiento en el sistema familiar		Menciona que siempre tuvieron el apoyo familiar, aunque no pudieron despedir el cuerpo la Sra. Montero comenta que ella le realizo un altar donde le rezaba, a pesar de las restricciones sanitarias ella se comunicaba con sus hermanos a través de llamadas telefónicas. Además, refiere que su nuera siempre estuvo al pendiente de ella posterior al fallecimiento de su hijo.

Fuente: Estudio de salud familiar

En la población estudiada se observó que dentro de las principales emociones manifestadas de duelo en las familias fueron la tristeza, seguido del llanto fácil, estos datos coinciden con el estudio de Pascual en España, así como el de León Delgado en Bogotá, Colombia, en el que los cuidadores experimentaron las mismas emociones de manera progresiva ante la pérdida de un ser querido¹⁰.

Una característica encontrada en este estudio fue la pérdida inesperada de más de un integrante en la familia, según Zamorano esto es un predictor negativo que determina la presencia de un duelo patológico¹¹.

La dinámica familiar puede pasar por distintos procesos de cambio durante los diferentes ciclos vitales y ante el surgimiento de eventos críticos no esperados, esto impactando de forma negativa o positiva en el funcionamiento familiar a consecuencia del estrés que se enfrenta el sistema familiar.

Los resultados de la aplicación de la estrategia de intervención en familias con duelo complicado lograron restaurar el equilibrio interno y externo, además del fortalecimiento de los lazos familiares. Se logró el apoyo emocional adecuado con la ayuda del equipo multidisciplinario bajo el liderazgo del médico familiar. Los hallazgos obtenidos son la clave del éxito para facilitar el proceso de duelo y recuperar la salud familiar.

Se sugiere que en estudios ulteriores se aborde el duelo complicado de acuerdo con el ciclo vital de la familia por enfermedades crónicas bajo nuevos métodos y técnicas de intervención.

Una limitación de este estudio fue la escasa evidencia científica de estrategias de intervención a través del trabajo con familias en fase de duelo complicado post COVID-19, para analizar resultados a la luz de nuevos hallazgos, métodos y técnicas de abordaje.

Conclusiones

La estrategia de intervención en familias en fase de duelo complicado por COVID-19, mostró un resultado positivo en la recuperación de la homeostasis y dinámica familiar, además de la adecuada resiliencia a procesos de duelos anteriores debido a eventos críticos para normativos.

Dentro del grupo estudiado fueron mujeres en su mayoría, con un rango de edad de 46-50, con extracto socioeconómico medio-bajo, escolaridad secundaria, estado civil casados, labores del hogar y de religión católica.

El componente religioso sigue siendo un factor protector importante para trabajar el proceso de duelo en las familias.

Dentro de las familias estudiadas se encontró que familias extensas tuvieron el antecedente de una pérdida previa, donde no se trabajó el duelo siendo esto un factor de riesgo.

Se encontró alteración en la dimensión armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad de la función familiar, se trabajó en cada una de ellas mediante las sesiones de trabajo con familia para restaurar la homeostasis y dinámica familiar.

Se encontraron como factores protectores las redes de apoyo familiares, amigos, vecinos, actividades culturales, educativas, médicas y religiosas para trabajar el duelo complicado.

Este estudio tiene implicaciones prácticas significativas para enfrentar panoramas futuros con la aparición de nuevas pandemias mundiales.

Conforme a lo anterior, se puede concluir que la estrategia de intervención tuvo la eficacia deseada con la colaboración de un equipo multidisciplinario en el primer nivel de atención, bajo el liderazgo del médico familiar.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses económicos, personales ni institucionales.

Consideraciones éticas

La investigación se apega a las disposiciones éticas que rezan en el actual Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos. Fue aprobada por el Comité de Investigación y Bioética del CAIF y se firmó la carta de consentimiento informado por los participantes.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: T.S.M.H.; R.M.S.R.; M.I.A.G.; Curación de datos: S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; T.S.M.H.; Análisis formal: T.S.M.H.; S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; Investigación : T.S.M.H.; R.M.S.R.; M.L.C.O.; Metodología : S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; M.L.C.O.; T.S.M.H.; Administración de proyecto: S.M.G.G.P.; M.I.A.G. ;M.L.C.O. Recursos: T.S.M.H. ;Software: S.M.G.G.P.; T.S.M.H. Supervisión: R.M.S.R.; M.I.A.G.;S.M.G.G.P.; M.L.C.O. Validación: R.M.S.R.;

M.I.A.G.;S.M.G.G.P.; Visualización: M.L.C.O, S.M.G.G.P.; M.I.A.G.; Redacción – Borrador original: S.M.M.M.; R.M.S.R.; M.I.A.G.;S.M.G.G.P.; Redacción : revisión y edición : M.I.A.G.;S.M.G.G.P.; R.M.S.R.; M.L.C.O.

Referencias

1. Blake P, Wadhwa D, Blake P, Wadhwa D. Resumen anual 2020: El impacto de la COVID-19 (coronavirus) en 12 gráficos [Internet]. Blogs del Banco Mundial. El Grupo Banco Mundial; [citado el 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/voices/resumen-anual-2020-el-impacto-de-la-covid-19-coronavirus-en-12-graficos>

2. Guevara EM. Los duelos del Covid-19: Teología Práctica Latinoamericana [Internet]. 2021 [citado el 10 de noviembre de 2023]; 1(1):61–80. Disponible en: <https://revistas.ubl.ac.cr/index.php/tpl/article/view/164>

3. Casas Fernández G. La homeóstasis familiar. RCTS [Internet]. 13 de junio de 2015 [citado 18 de septiembre de 2023] ;(7). Disponible en: <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/131>

4. Barreras-Miranda MI, Muñoz-Cortés G, Pérez-Flores LM, Gómez-Alonso C, Fulgencio-Juárez M, Estrada Andrade ME. Desarrollo y validación del Instrumento ff para evaluar el funcionamiento familiar. *Aten Fam.* 2022; 29(2):72-78. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>

5. Gamba Collazos H.A, Navia C.E. Adaptación del inventario de duelo complicado en población colombiana, *Org.co.* [Citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/804/80454273002/html/>

6. León Delgado MX, Acero González ÁR, Buitrago Reyes LA, Rodríguez Campos LF, Vásquez Ángel LF, Hernández Rodríguez LI, et al. Duelo y atención domiciliaria para pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19 en Colombia. Análisis desde la perspectiva de familiares. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2022.10.005>

7. Araujo Hernández M, García Navarro S, García-Navarro EB. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enferm Clin* [Internet]. 2021 [citado el 28 de octubre de 2023]; 31: S112–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

8. Huerta-González JL. La familia ante la pandemia por la COVID-19. *Rev Mex Med Fam* [Internet]. 2020; 7(3). Disponible en: http://revmexmedicinafamiliar.org/files/rmmf_20_7_3_109-114.pdf

9. Guerra-Ramírez M, Rojas-Torres I, Tafur-Castillo J. Significado del duelo frente al COVID en estudiantes y profesores de enfermería. 2022; 19(3):56-66 <https://doi.org/10.22463/17949831.3375>

10. Pascual ÁM, Santamaría JL. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009; 44:48–54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09002212>

11. Zamorano Bayarri E. Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. *Semergen* [Internet]. 2004 [citado el 28 de octubre de 2023]; 30:8–11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-manejo-duelo-atencion-primaria-conceptos-basicos-13066277>

Empoderamiento sexual, reproductivo, derechos sexuales y conducta sexual segura en jóvenes mexicanos

Sexual and reproductive, empowerment, sexual rights, and sexual safe behaviors in mexican young people

Claudia Orozco-Gómez¹,  Vicente Jiménez-Vázquez²,  Marily Daniela Amaro-Hinojosa³, 
Carolina Valdez-Montero⁴,  Sandra Paloma Esparza-Dávila⁵ 

DOI: 10.19136/hs.a23n1.5796

Artículo Original

• Fecha de recibido: 9 de febrero de 2024 • Fecha de aceptado: 14 de marzo de 2024 • Fecha de publicación: 17 de abril de 2024

Autor de correspondencia

Marily Daniela Amaro Hinojosa. Dirección postal: Campus Universidad II,
Circuito Universitario, CP. 31125, Chihuahua, Chihuahua, México.
Correo electrónico: damaro@uach.mx

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el empoderamiento sexual y reproductivo, el conocimiento sobre derechos sexuales con la conducta sexual segura en jóvenes mexicanos.

Materiales y métodos: El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 111 jóvenes de Chihuahua, México, los cuales se seleccionaron a conveniencia. La información se recolectó mediante una encuesta en línea.

Resultados: Se encontró diferencia significativa del empoderamiento sexual y reproductivo entre hombres y mujeres ($p < 0.001$), los hombres presentaron puntajes más altos (Mdn= 92.39) comparados con las mujeres (Mdn= 79.34). No se encontró relación entre el empoderamiento sexual y reproductivo, el conocimiento sobre derechos sexuales con la conducta sexual segura de estos jóvenes.

Conclusión: Los jóvenes presentaron un alto nivel de conocimiento sobre los derechos sexuales. Con relación al empoderamiento sexual y reproductivo, los hombres presentaron mayores puntuaciones que las mujeres. La conducta sexual segura fue menor que en otros estudios en poblaciones similares. Además, no se encontró relación entre el empoderamiento sexual y reproductivo, y el conocimiento sobre derechos sexuales con la conducta sexual segura en esta población, por lo que se enfatiza la necesidad de continuar estudiando estas variables debido a los escasos estudios en esta población.

Palabras clave: Empoderamiento; Derechos Sexuales y Reproductivos; Adulto Joven; Sexo seguro.

Abstract

Objective: To determine the relationship between sexual and reproductive empowerment, knowledge of sexual rights and safe sexual behavior in young Mexicans.

Materials and methods: The study was descriptive, correlational and cross-sectional. The sample consisted of 111 young people from Chihuahua, Mexico, who were selected at convenience. The information was collected through an online survey.

Results: A significant difference in sexual and reproductive empowerment was found between men and women ($p < 0.001$), with men presenting higher scores (Mdn= 92.39) compared to women (Mdn= 79.34). No relationship was found between sexual and reproductive empowerment, knowledge about sexual rights and safe sexual behavior of these young people.

Conclusion: The young people presented a high level of knowledge about sexual rights. In relation to sexual and reproductive empowerment, males presented higher scores than females. Safe sexual behavior was lower than in other studies in similar populations. In addition, no relationship was found between sexual and reproductive empowerment and knowledge of sexual rights and safe sexual behavior in this population, which emphasizes the need to continue studying these variables due to the scarcity of studies in this population.

Key Words: Empowerment; Reproductive Rights; Safe Sex; Young Adult.

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua, México.

² Doctor en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua, México.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua, México.

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa, México.

⁵ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza, Universidad de Monterrey. San Pedro Garza García, Nuevo León, México.



Introducción

La salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las familias y las parejas, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y países. Por consiguiente, en la actualidad es necesario fomentar el respeto a la sexualidad, con un enfoque positivo, en el que las experiencias sexuales sean libres de discriminación, violencia, presión o intimidación y que las personas puedan tener relaciones sexuales placenteras y seguras¹. Sin embargo, en la sociedad actual existen diversos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva que son de amplio alcance y que tienen repercusiones a nivel individual, familiar y social. Entre estos fenómenos se encuentran las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). De acuerdo con datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA², 39 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales las personas de 13 a 24 años en el 2018 representaron el 21% de todos los nuevos diagnósticos de la infección por el VIH³. En México, de acuerdo con el Centro Nacional Para la Prevención y Control del VIH y SIDA, al final del 2022 se estimó que 227,378 mil personas vivían con el VIH, desde el inicio de la epidemia y hasta el primer trimestre del 2023 se notificaron 134,012 casos del VIH en adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años. En el estado de Chihuahua solo en el 2022 se diagnosticaron 254 casos⁴.

Por lo anterior, es necesario identificar factores de tipo personal y sociocultural que influyen para que los jóvenes tengan una conducta sexual segura, misma que puede prevenir ITS, VIH/Sida entre estos se encuentran el empoderamiento sexual y reproductivo y el conocimiento sobre los derechos sexuales. El empoderamiento hace referencia al acceso del poder, la participación y el control en las decisiones que afectan la vida propia⁵, es una expansión en la capacidad de las personas para tomar decisiones estratégicas para su vida en un contexto en el cual anteriormente no lo podían hacer⁶. Específicamente, el empoderamiento sexual y reproductivo se refiere a la capacidad percibida para el ejercicio informado, libre y responsable de su propia sexualidad e incluye aspectos como el poder de negociación, poder de decisión, participación, autonomía, ausencia de violencia y autoeficacia⁷.

Frecuentemente los jóvenes presentan dificultades para evitar relaciones sexuales no deseadas o matrimonio, embarazo no deseado, o conductas sexuales de riesgo, la capacidad para enfrentar estas dificultades puede depender de un nivel de empoderamiento sexual y reproductivo⁸. En este sentido, algunos estudios permiten indicar en los jóvenes que, a mayores niveles de empoderamiento, menores riesgos de recibir y ejercer violencia en el noviazgo, mayor uso

consistente del condón y reducción en el riesgo del embarazo no deseado^{9,10,11,12,13}. En este mismo contexto, los derechos sexuales son una condición necesaria para la salud sexual de los jóvenes debido a que, mediante el conocimiento de estos, ellos podrán satisfacer y expresar su sexualidad¹⁴. También les permitirá tener relaciones sexuales sin presión, discriminación, ni violencia, ya que existe evidencia que los jóvenes en ocasiones son presionados para tener relaciones sexuales o siguen patrones culturales que limitan el ejercicio de la sexualidad, lo cual puede persistir por la falta de conciencia o conocimiento de sus derechos, lo que genera que no busquen ayuda o atención cuando la necesitan^{15,16}.

El conocimiento sobre derechos sexuales permite que los jóvenes tengan mayor accesibilidad a los servicios de salud reproductiva¹⁷. Sin embargo, se ha observado que el nivel de conocimiento sobre derechos sexuales en este grupo poblacional es bajo^{18,19,20}. Hasta el momento, los estudios que permiten documentar el conocimiento sobre derechos sexuales en jóvenes se han desarrollado en algunos países como Colombia, Pakistan, Etiopia y se encuentran a nivel descriptivo, mientras que, en México, la información es escasa. De acuerdo con lo descrito, en la educación sexual y reproductiva de los jóvenes, los profesionales de la salud tienen un rol fundamental para la promoción de conductas sexuales seguras, que se refiere a la toma de decisiones que las personas toman para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA²¹, entre las que se incluyen el uso sostenido del preservativo durante las relaciones sexuales, abstinencia de relaciones sexuales bajo la influencia de drogas, entre otras²².

Existe una necesidad de realizar un mayor número de estudios que analicen aspectos que pueden ayudar a explicar los factores que están asociados a la transmisión de ITS, específicamente del VIH^{23,24}. Los esfuerzos actuales para contener la propagación de las ITS no son suficientes, esto podría ser debido a que los cambios de comportamiento en las personas son complejos²⁵. Es necesario contar con información confiable y actualizada sobre el tema, que permita focalizar y evaluar los programas gubernamentales para que tengan mayor impacto sobre la población. De igual forma, es relevante generar conocimiento que proporcione las bases en el diseño de intervenciones de enfermería innovadoras y sostenibles, enfocadas a reducir las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes de México, en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido el objetivo general fue determinar la relación entre el empoderamiento sexual y reproductivo, el conocimiento sobre derechos sexuales con la conducta sexual segura en jóvenes mexicanos. Los objetivos específicos fueron: 1) Describir las características sociodemográficas y de la conducta sexual de los jóvenes mexicanos, 2) Comparar el empoderamiento sexual y reproductivo, el conocimiento sobre derechos sexuales y la conducta sexual segura por sexo.

Material y métodos

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La población de estudio fueron jóvenes universitarios de la ciudad de Chihuahua, México. La muestra final se conformó por 111 participantes, que corresponde al total de los cuestionarios recabados en el periodo de tiempo (marzo-junio del año 2022), estos se seleccionaron a conveniencia, debido a los criterios de inclusión: 1) Jóvenes con edad entre los 18 a 28 años, 2) Jóvenes que indicaron haber iniciado vida sexual activa y 3) Aceptarán a contestar la encuesta.

Las mediciones consistieron en la aplicación de una encuesta en línea. Se empleó una cédula de datos sociodemográficos y de sexualidad, la cual permitió identificar la edad, sexo, tipo de relaciones sexuales que ha tenido, número de parejas sexuales, entre otras.

El empoderamiento sexual y reproductivo se midió mediante la escala de empoderamiento sexual y reproductivo⁸, este instrumento está conformado por 23 preguntas las cuales tienen opciones de respuesta tipo Likert que van de: 1= nada cierto a 5= extremadamente siempre. La escala tiene puntuación mínima de 23 y máxima de 115, a mayor puntuación, mayor empoderamiento sexual y reproductivo. Esta escala ha mostrado validez y confiabilidad aceptable en su versión original ($\alpha = 0,70$)⁸, al igual que en este estudio ($\alpha = 0,90$).

Para determinar el conocimiento sobre derechos sexuales se empleó la Escala de Conciencia de Derechos Sexuales²⁶, la escala consta de 17 preguntas con respuesta tipo Likert que va de: 1= totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. La puntuación mínima es de 17 y máxima de 85, a mayor puntuación, mayor conocimiento sobre derechos sexuales. La validez de contenido de la escala original se realizó a través de análisis factorial, el cual indica que las preguntas explican un 63.3% de la varianza y mostró confiabilidad aceptable ($\alpha = 0,84$), al igual que en este estudio ($\alpha = 0,95$), este se ha empleado en población mexicana²⁷.

Para medir la conducta sexual segura se empleó la subescala uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura²⁸. Estas subescalas forman en total 15 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que van de: 1= nunca a 4 = siempre. En total las subescalas tienen puntuación mínima de 15 y máxima de 60, a mayor puntuación, mayor conducta sexual segura. Estas subescalas de manera general han mostrado confiabilidad aceptable ($\alpha = 0,91$) al igual que en este estudio ($\alpha = 0,75$), ha sido validado en idioma español en jóvenes²⁹.

Los instrumentos de medición se capturaron en Google Formularios, la liga de acceso se compartió en redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp. Se realizó un folleto en donde se hacía la invitación para participar en el estudio, así como la liga de acceso. Al ingresar primero aparecía el consentimiento informado que explicaba el objetivo del estudio, así como otros aspectos éticos, una vez que el participante daba clic a la opción “acepto a participar”, podía acceder a las preguntas, dentro de estas primero se encontraban preguntas filtro relacionadas con los criterios de inclusión, si contestaba de manera afirmativa a estas, podía continuar para completar la cédula de datos y los instrumentos. Los enlaces de acceso se estuvieron compartiendo cada 8 días durante 3 meses. Una vez que se completó el número de muestra deseado, la información se exportó al paquete estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

La información se analizó en el paquete estadístico IBM SPSS versión 20. Se empleó estadística descriptiva, para las variables numéricas se calcularon medidas tendencia central y dispersión, y para las variables categóricas se calcularon frecuencias y proporciones. Debido a que la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors no mostró normalidad de las variables, se empleó la prueba *U* de Man Whitney para realizar las comparaciones y correlación de Spearman para las variables del estudio.

Resultados

En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas y de sexualidad de los jóvenes. La edad promedio de los participantes fue de 22.12 años ($\pm 2,48$), se presentó una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 28 años. El 83.8% eran mujeres y 16.2% hombres. La religión que en su mayoría profesaban era católica con un 70.3%. El estado civil que más predominó fue el soltero (85.6%), seguido de casado y unión libre con 8.1% y 6,3% respectivamente. El 81.1% de los participantes pertenecían al área de estudio de ciencias biológicas/salud y 18.9% de otras áreas.

Los jóvenes reportaron que el 91% habían recibido algún tipo de orientación relacionada a ITS, por otra parte, 91% manifestó no haber tenido alguna ITS. Adicionalmente, en la Tabla 1 se muestran las características relacionadas a la conducta sexual de los participantes. El 100% de los participantes refirieron haber tenido una relación de tipo vaginal, un 96.4% oral y 52.3% de tipo anal. Con relación al uso de condón, se observó que en la primera relación sexual se utilizó una mayor proporción comparada con la última relación 83.8% y 48.6% respectivamente.

El tipo de pareja sexual que se reportó en su mayoría en este grupo fue la estable con 63.1%, seguida de ambas (estable y ocasional) con un 18.9%. En promedio los participantes

tuvieron su primera relación sexual vaginal a los 17.1 años (± 2.28), la primera relación sexual oral a los 17.4 años (± 2.05) y la primera relación sexual anal a los 18.6 años (± 2.49). En promedio los jóvenes habían tenido dos parejas sexuales en el último año (Tabla 1).

En la Tabla 2, se presentan las medias de los índices obtenidos de las variables empoderamiento sexual y reproductivo ($M=81.74$, ± 13.04), conocimiento sobre derechos sexuales ($M=94.67$, ± 11.36) y la conducta sexual segura ($M=59.73$, ± 14.23) que los participantes presentaron. En cuanto al análisis comparativo de las variables por sexo, se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres y el empoderamiento sexual y reproductivo ($p < 0.001$), los hombres fueron quienes presentaron puntajes más altos ($Mdn=92.39$), comparados con las mujeres ($Mdn=79.34$).

Respecto a la relación entre el empoderamiento sexual y reproductivo, conocimiento de derechos sexuales, y la conducta sexual segura, en la Tabla 3, se observa que las variables no mostraron relaciones significativas.

Discusión

Este estudio revela que el promedio de edad de los participantes fue de 22 años, en su mayoría eran mujeres, estudiantes del área de ciencias biológicas/salud, lo anterior coincide con Micin *et al.*³¹, quienes realizaron un estudio en el que perfilaron a la población de estudiantes de las carreras de ciencias de la salud en Chile. Es importante señalar que, estas características encontradas pueden estar influenciadas por modificaciones en los roles de género y estereotipos, así como el proceso de feminización que se vive en los últimos

Tabla 1. Características de la conducta sexual de los participantes

Características	Sí		No		
	f	%	f	%	
Tipo de relación sexual					
Vaginal	111	100	-	-	
Anal	58	52,3	53	47,7	
Oral	107	96,4	4	3,6	
Uso de condón					
Primera relación sexual	93	83,8	18	16,2	
Última relación sexual	54	48,6	57	51,4	
Tipo de pareja	f		%		
Estable	70		63,1		
Ocasional	20		18,0		
Estable y ocasional	21		18,9		
Edad	M	DE	Min	Max	n
Edad de la primera relación sexual vaginal	17,10	2,28	9	28	111
Edad de la primera relación sexual oral	17,47	2,05	13	22	107
Edad de la primera relación sexual anal	18,67	2,49	14	25	58
Número de parejas sexuales en el último año	2,17	3,35	0	32	111

Nota: n= 111, M= Media, DE= Desviación Estándar, Min = Valor mínimo, Max = Valor máximo. f= Frecuencia, %=Porcentaje.
Fuente: cédula de datos.

años en México en el sector de la salud³², cada vez más las mujeres tienen mayor presencia e incluso sobrepasan en número a los hombres en carreras que se consideraban masculinas, lo que podría indicar una ruptura en las brechas de género de la formación académica de nivel universitario.

En cuanto a la religión con la que se identificaron principalmente los participantes fue la católica, lo que coincide con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía³³, en donde se indica que en México predomina el catolicismo, así mismo, es un país que se caracteriza por tener un nivel de religiosidad alto comparado

con otros en el mundo³⁴. El estado civil que predominó en este estudio fue soltero, situación que concuerda con lo reportado por el INEGI³⁵, quien señala que más de la mitad de los jóvenes de 20 a 24 años se encuentran en este estado, lo que evidencia nuevamente la transformación social en México, en donde las mujeres prefieren estar presentes en actividades que sean remuneradas e incrementen su nivel de escolaridad, anteponiendo las relaciones de pareja y/o matrimonio, en general los jóvenes deciden no tener responsabilidades adicionales a las que ya tienen como estudiantes³⁶.

Tabla 2. Comparación por sexo entre empoderamiento sexual, conocimiento de derechos sexuales, y conducta sexual segura

Variable	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Empoderamiento sexual y reproductivo							
General	81,52	81,74	13,04	50,00	100		
Hombre	92,39	91,18	7,47	76,09	100	408,00	0,001
Mujer	79,34	79,92	13,12	50,00	100		
Conocimiento derechos sexuales							
General	98,52	94,67	11,36	11,76	100		
Hombre	100	97,22	5,94	75,00	100	721,50	0,325
Mujer	98,52	94,18	12,09	11,76	100		
Conducta sexual segura							
General	60,00	59,73	14,23	31,11	91,11		
Hombre	60,00	59,87	14,14	35,56	91,11	829,00	0,949
Mujer	57,77	59,71	14,32	31,11	88,89		

Nota: $n = 18$ hombres $n = 93$ mujeres.

Fuente: Cédula de datos, Escala de Empoderamiento sexual y reproductivo, Subescala uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura, Escala de Conciencia de Derechos Sexuales.

Tabla 3. Correlación entre empoderamiento sexual y reproductivo, conocimiento de derechos sexuales, y conducta sexual segura

Variable	Conducta sexual segura
1. Empoderamiento sexual y reproductivo	0,601
2. Conocimiento de derechos sexuales	0,269

Nota: $n = 111$.

Fuente: Cédula de datos, Escala de Empoderamiento sexual y reproductivo, Subescala uso del condón y sexo seguro del cuestionario de conducta sexual segura, Escala de Conciencia de Derechos Sexuales

Por otra parte, se encontró que el conocimiento sobre los derechos sexuales fue alto, lo que coincide con Gómez *et al.*²⁷, cabe mencionar que la evidencia disponible de estudios cualitativos refiere que para los jóvenes el tema sobre derechos sexuales es poco o nada conocido^{37,20}. Existe evidencia que los adolescentes que han iniciado actividad sexual refieren tener mayor conocimiento de los derechos sexuales²⁷. Al comparar por género se observó que los jóvenes mostraron mayor conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos lo cual difiere con los hallazgos de Torres-Ospina *et al.*³⁸ quienes mencionan que las mujeres tenían mayor conocimiento sobre derechos sexuales. No obstante, en este estudio no se encontró diferencia significativa de acuerdo con el sexo.

Con relación a la conducta sexual segura no presentó diferencias significativas por sexo, sin embargo, las medias que se obtuvieron fueron menores a las que se han presentado en poblaciones similares³⁹, lo que indica que en esta población prevalece la no percepción de riesgo de ITS, VIH-SIDA o bien un embarazo no planeado. Adicionalmente, es probable que esta conducta se relacione a que la mayoría de

los participantes indicaron que su tipo de pareja era estable, lo cual pudiera influir para que se desestime el uso correcto y sostenido del condón. Los jóvenes en esta etapa tienden a buscar establecer vínculos afectivos perdurables, así como sentimientos de unión con su pareja, por lo que una forma de demostrar la confianza que tienen con su pareja es no utilizando el condón en sus relaciones sexuales, lo que posiblemente prevaleció en este estudio.

Respecto a la relación entre el empoderamiento sexual, reproductivo y la conducta sexual segura, no se encontró relación en las variables. Este resultado difiere de lo encontrado por Castro Lopes *et al.*⁴⁰, quienes identificaron que los jóvenes que presentaban empoderamiento para el control de la salud sexual y el sexo seguro en un rango de nivel medio a alto incrementaron su probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos, incluido el uso del condón, así como también se relacionó con usarlo por períodos más prolongados, dicho estudio realizado en Mozambique. Los resultados en el presente estudio pudieran ser atribuidos a que independientemente de que los participantes presentaron un nivel alto de empoderamiento sexual y reproductivo, al comparar por sexo, los hombres fueron los que tuvieron mayor nivel de empoderamiento.

En esta misma línea, en el estudio se incluyeron ambos sexos, lo cual difiere a otras investigaciones en donde solo se abordó población de mujeres^{41,42} y en los cuales se encontraron relaciones significativas entre el empoderamiento sexual y reproductivo y la conducta sexual segura. Dicha situación es entendible debido a que el enfoque del empoderamiento sexual y reproductivo se ha centralizado principalmente a la mujer debido a que la reproducción está localizada en los

cuerpos de estas. En este sentido, en el contexto mexicano prevalecen relaciones desiguales entre los géneros, las construcciones sociales de la sexualidad asignan a la mujer un rol pasivo y dejan las decisiones sexuales en manos de los hombres. Por tanto, el empoderamiento podría identificarse como una necesidad más específica para las mujeres que para los hombres.

De igual forma no se identificó relación entre el conocimiento sobre derechos sexuales, y la conducta sexual segura en esta muestra. Este resultado difiere a lo encontrado en otros estudios similares^{43,44} en donde encontraron relación entre dichas variables. Las personas que poseen información que les permite disfrutar de su sexualidad con libertad, igualdad y equidad se relaciona con el uso del condón y la evasión de prácticas sexuales de riesgo. En tal sentido Rohrbach *et al.*⁴⁵ refieren que a mayor conocimiento de derechos sexuales, los jóvenes buscaran más atención para su salud sexual y reproductiva y presentan conductas que disminuyen el riesgo de adquirir ITS o embarazos no deseados, así como llevar consigo un condón. Los hallazgos en este estudio podrían deberse y reflejar lo que señala Robles Montijo *et al.*⁴⁶, que, si bien los conocimientos son un componente importante en los aspectos conductuales, no son un elemento suficiente tener una conducta sexual segura en los jóvenes.

Dentro de las limitaciones de la presente investigación, se encuentra que la muestra fue pequeña y con un muestreo a conveniencia, por lo tanto, no puede representar en su totalidad a la población de interés. Se recomienda realizar estudios en una población diferente a la del área de la salud, ya que los jóvenes pudieron haber recibido información sobre sexualidad, sería interesante determinar el comportamiento que tienen otras poblaciones.

También que la recolección solo se realizó en línea, esto debido a la pandemia por el COVID 19, lo que pudo ocasionar que no todos los jóvenes tuvieran acceso al formulario en caso de no disponer de un dispositivo electrónico. Se recomienda continuar con estudios sobre estas variables debido a los escasos estudios en el contexto mexicano.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos se concluye que, la mayoría de los jóvenes pertenecían al área de ciencias biológicas/salud, tenían sexo femenino, predominó la religión católica y el estado civil soltero. Un alto porcentaje de los participantes había recibido una orientación sobre las ITS. Sin embargo, se identificó que no sostenían una conducta sexual segura, ya que el uso del condón no prevaleció en su última relación sexual y tenían más de una pareja en el último año. Específicamente los hombres presentaron mayor empoderamiento sexual y reproductivo, así como un nivel

alto de conocimiento sobre los derechos sexuales que las mujeres. Con relación, a la conducta sexual segura fue menor a la presentada en otros estudios en poblaciones similares, no se observaron diferencias significativas por sexo. Si bien en este estudio no se encontró relación entre el empoderamiento sexual y reproductivo, y el conocimiento sobre derechos sexuales con la conducta sexual segura de estos jóvenes, es necesario realizar otros estudios que generen más evidencia, debido a que en México ha sido escasa la investigación desde la perspectiva de empoderamiento y el abordaje de los derechos sexuales. A su vez, es preciso señalar que es importante realizar investigaciones con las variables exploradas en el presente estudio, dado a la literatura y a los resultados de otros estudios apuntan a estas variables como factores de protección hacia las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes. Así mismo, pudieran incluirse otras variables que pudieran influir en el fenómeno de estudio.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses

Consideraciones éticas

La presente investigación incluyó principios éticos establecidos en el Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud, del Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos³⁰. Se sometió a revisión y aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua (Folio de registro SIP-CI/2021/10; Folio de aprobación por el Comité de Ética e Investigación SIP-CI/2022/135). Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, y se protegió la privacidad y confidencialidad de la información recolectada.

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Contribución de los autores

Conceptualización: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Curación de datos: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Análisis formal: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Investigación: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Metodología: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Administración de proyecto: V.J.V.; C.O.G.; Software: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Supervisión: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Validación: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H, S.P.E.D.; C.V.M.; Visualización: V.J.V.;

C.O.G.; M.D.A.H; Redacción – Borrador original: V.J.V.; C.O.G.; M.D.A.H; Redacción: revisión y edición: S.P.E.D.; C.V.M.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. [citado 28 agosto 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
2. Organización de las Naciones Unidas Contra el Sida. [Internet]. Estadísticas VIH/SIDA. 2023. [citado 28 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
3. Centro de Control y Prevención de Enfermedades. El VIH y los niños y adolescentes. [Internet]. 2021. [citado 20 marzo 2022]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-los-ninos-y-adolescentes>
4. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. [Internet]. Informe Histórico VIH-SIDA 1er. Trimestre 2023. [citado 28 agosto 2023] Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
5. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Descubriendo las voces de las Adolescentes: Definición de empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. Ginebra: OMS. [Internet]. 2006. [citado 30 agosto 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49409/ca-empoderamiento.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
6. Kaber N. Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. In: *Discussing Women's Empowerment: Theory and Practice*. Stockholm: SIDA: Swedish International Development Cooperation Agency. 2001. <https://cdn.sida.se/publications/files/sida984en-discussing-womens-empowerment---theory-and-practice.pdf>
7. Casique I. Empoderamiento y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. In V Congreso ALAP. 2012. Disponible en: https://files.alapop.org/congreso5/files/pdf/alap_2012_final236.pdf
8. Upadhyay UD, Danza PY, Neilands TB, Gipson JD, Brindis CD, Hindin MJ, Foster DG, Dworkin SL. Development and Validation of the Sexual and Reproductive Empowerment Scale for Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2021; 68(1):86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.031>
9. Casique I. Apuesta por el empoderamiento adolescente: conexiones con la salud sexual y reproductiva y la violencia en el noviazgo. UNAM: México; 2018. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/book/63>
10. Kalolo A, Kibusi SM. The influence of perceived behaviour control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reprod Health*. 2015;12:105. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0097-5>
11. Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, Markham CM. A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health*. 2010;46(3 Suppl):S75-91. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.215>. PMID: 20172462. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.215>
12. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>
13. Salam RA, Faqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, Bhutta ZA. Improving adolescent sexual and reproductive health: A systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health*. 2016;59(4):S11-S28. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.022>
14. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva un enfoque operativo [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado 28 agosto 2023]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
15. Pincay V. Patrones culturales y su influencia en la sexualidad de los adolescentes. Tesis de Licenciatura en Enfermería: Ecuador; Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/2903>
16. Ruiz-Repullo C, López-Morales J, Sánchez-González-P. Violencia de género y abuso de alcohol en contextos recreativos. *Revista Española de Drogodependencias* 2020; 45(2):13-22. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/62771>
17. Gebretsadik GG, Weldearegay GG. Knowledge on reproductive and sexual rights and associated factors among youths, Shire town, Tigray, Northern Ethiopia. *Int J Res Pharm Sci*. 2016;6(2):30-37. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101347>








18. Kene C, Geta G, Ejigu N, Desta F. Knowledge of Sexual and Reproductive Health Rights Among University Students: A Cross-Sectional Study in Southeast Ethiopia. *Adolesc Health Med Ther*. 2023 Jan 5;14:1-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9829977/>
19. Tadesse T, Dangisso MH, Abebo TA. Sexual and reproductive health rights knowledge and reproductive health services utilization among rural reproductive age women in Aleta Wondo District, Sidama zone, Ethiopia: community based cross-sectional study. *BMC Int Health and Hum Rights*. 2020;20(1):4 <https://doi.org/10.1186/s12914-020-00223-1>
20. Vanegas-de-Ahogado BC, Pabón-Gamboa M, Plata-de-Silva RC. Percepciones de adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos que favorecen la prevención del embarazo en esta etapa. *Rev Colomb de Enferm*. 2019;8(2):1-12. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291214/2656-articulo-6680-1-10-20191030-1.pdf>
21. Benavides RA, Castillo L C, López F, Onofre DJ. Promoción de la salud sexual en jóvenes. 1a edición. México: Manual Moderno; 2013.
22. Rivera-Baylón I, Márquez-Vega M A. Modelo de conducta sexual segura en adolescentes con carencia de cuidado parental. *Index Enferm* [Internet]. 2022 Sep [citado 2024 Mar 13]; 31(3):199-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300013&lng=es. Epub 06-Feb-2023
23. Meneses, T. (2018). Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad náhuatl las Lomas, Puebla. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2018. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/16371/>
24. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Atención Primaria* 2019; 51(7): 424-434. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.003>
25. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. [citado 30 agosto 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
26. Kim HW, Im ES, Kim NS. Development and Application of Sexual Rights Awareness Scale for Female Adults. *Korean J Women Health Nurs*. 2010;16(1):69-77. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2010.16.1.69>
27. Gómez CO, Champion JD, Monsiváis MGM. Factors Protecting Male and Female Adolescents in Mexico From Human Papillomavirus Infection. *Hisp Health Care Int*. 2018;16(1):20-28. <https://doi.org/10.1177/1540415318762553>
28. Dilorio C. Safe sex behavior questionnaire. In *Handbook of Sexuality-Related Measures*, Terri D. Fisher, Clive M. Davis, William L. Yarber, Sandra L. Davis. Routledge. 2010. p. 594-595.
29. Hernández CA, Vásquez OMA, Jiménez-Paneque R, Zapata ACA. Adaptación cultural y evaluación psicométrica del cuestionario de conducta sexual segura en jóvenes universitarios chilenos. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Mar 13];19(6):e2976. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000700014&lng=es. Epub 10-Ene-2021
30. Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México [Internet]. 2014. [citado 01 de septiembre 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
31. Micin CS, Carreño MB, Urzúa MS. Perfil de ingreso de estudiantes en carreras del área de la salud. *Educ Med Super*. 2017;31(3):155-167. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000300016&lng=es
32. Medivilla J. Se afianza el sorpaso de la sanidad a los negocios entre las universitarias [Internet]. *Redacción Médica*. 2022; [citado 15 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/se-afianza-el-sorpaso-de-la-sanidad-a-los-negocios-entre-las-universitarias-5806>
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Religión [Internet]. México: INEGI; 2020. [citado el 15 diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>
34. Valles M. El catolicismo retrocede cada vez más en México [Internet]. *Rev de Coahuila*. [citado 15 diciembre 2023]. Disponible en: <https://revistadecoahuila.com/2023/05/08/el-catolicismo-retrocede-cada-vez-mas-en-mexico/#:~:text=Aunque%20M%C3%A9xico%20es%20uno%20de,creyente%2C%20pero%20no%20como%20practicante>
35. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Nupcialidad [Internet]. México: INEGI; 2020. [citado el 15 diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>

36. Romero L. Aumentan solteros en México, motivos por los que jóvenes no buscan una relación. *El Sol de México*. 2021; [citado 15 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/por-que-hay-mas-solteros-en-mexico-7467899.html>
37. Tafa Segni M, Tafa T, Fekadu H, Adugna S, Assegid M. Reproductive Health Right Practice among Preparatory School Female Students of Assela Town, Arsi Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *ScientificWorld Journal*. 2020; 6070638. <https://doi.org/10.1155/2020/6070638>
38. Torres-Ospina SM, Delgadillo-Morales AM, Orcasita-Pineda LT. Conocimientos, experiencias y actitudes sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes y jóvenes. *Hacia Prom Salud* 2021; 26(1): 52–68. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.6>
39. Navarrete Ochoa BV, Jiménez Vázquez V, Amaro Hinojosa MD, Orozco Gómez C. Autoeficacia para prevenir el vih y prácticas sexuales en estudiantes de un bachillerato de chihuahua, México. *HAAJ [Internet]*. 10 de marzo de 2021 [citado 13 de marzo de 2024];21(1). Disponible en: [https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=564](https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=564)
40. Castro Lopes S, Constant D, Fraga S, Harries J. How women's empowerment influences fertility-related outcomes and contraceptive practices: A cross-sectional study in Mozambique. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(9):e0000670. PMID: 36962719; PMCID: PMC10021614. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000670>
41. Mahendra IGAA, Wilopo SA, Putra IGNE. The role of decision-making pattern on the use of long-acting and permanent contraceptive methods among married women in Indonesia. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(6):480-486. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1670345>
42. Osafor G, Maputle S, Ayiga, N. Factors related to married or cohabiting women's decision to use modern contraceptive methods in Mahikeng, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):1-7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1431>
43. Kim HW. Awareness of human papillomavirus and factors associated with intention to obtain HPV vaccination among Korean youth: quasi experimental study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15:4. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0042-2>
44. Adinew YM, Worku AG, Mengesha ZB. Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution-based cross-sectional. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13:12. PMID: 23405855; PMCID: PMC3577501. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-13-12>
45. Rohrbach LA, Berglas NF, Jerman P, Angulo-Olaiz F, Chou C P, Constantine NA. A rights-based sexuality education curriculum for adolescents: 1-year outcomes from a cluster randomized trial. *J Adolesc Health*. 2015;57(4):399-406. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.07.004>
46. Robles Montijo S, Frías Arroyo B, Moreno Rodríguez D, Rodríguez Cervantes M, Barroso Villegas R. Conocimiento sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Psicología Iztacala*. 2011;14(4): 317-340. Disponible en: <https://acortar.link/aXK0xl>

Autoestima y consumo de cannabis en adolescentes: Una revisión integrativa

Self-esteem and cannabis use in adolescents: An integrative review

Pablo Medina-Quevedo¹,  Elizabeth Guzmán-Ortiz²,  Alicia Álvarez-Aguirre³, 
Alicia Sarahy Martin del campo-Navarro⁴,  María de Lourdes García-Campos⁵ 

DOI: 10.19136/hs.a23n2.5454

Artículo de Revisión

• Fecha de recibido: 23 de noviembre de 2022 • Fecha de aceptado: 10 de febrero de 2023 • Fecha de publicación: 18 de diciembre de 2023

Autor de correspondencia

Elizabeth Guzmán Ortiz. Dirección postal: Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.
Ing. Javier Barros Sierra 201, C.P. 38140 Celaya, Guanajuato, México.
Correo electrónico: elizabeth.guzman@ugto.mx

Resumen

Objetivo: Identificar la evidencia científica relacionada con la influencia que tiene la autoestima en el consumo de cannabis de los adolescentes.

Materiales y método: Durante el periodo de febrero-abril de 2022 se realizó una revisión integrativa de la literatura científica publicada en los últimos diez años (2012-2022). Se utilizó la metodología de seis pasos propuesta por Toronto y Remington en los motores de búsqueda de la BVS, PubMed, TRIP y Dialnet, así como, en las bases de datos de Redalyc, Cochrane, EBSCOhost, Web of Science y CUIDEN. Se encontraron un total de 1,491 artículos, al aplicar criterios de inclusión y eliminación se contemplaron un total de diez estudios cuantitativos en la muestra final.

Resultados: Se encontró que los adolescentes con baja autoestima están propensos a influencias que fomentan el inicio de consumo de cannabis. Al considerarse como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, favorece el sentimiento de seguridad y regula la conducta mediante un proceso de autoevaluación, de modo que posibilita la adecuación de los adolescentes a su entorno. En este sentido se observaron tres categorías principales: variable moderadora en el consumo de cannabis; variable predictora del consumo de cannabis; y componente de intervención.

Conclusiones: Se demostró el papel protector y predictivo de la autoestima para el consumo de cannabis en los adolescentes, asimismo, la detección temprana y las intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades para la regulación de emociones influenciadas por factores cognitivos son efectivas en la promoción y prevención de consumo de cannabis en el adolescente.

Palabras clave: Autoestima; Cannabis; Adolescente; Enfermería; México.

Abstract

Objective: To identify the scientific evidence related to the influence of self-esteem on adolescent cannabis use.

Materials and method: During the period of february-april 2022, an integrative review of the scientific literature published in the last ten years (2012-2022) was carried out. The six-step methodology proposed by Toronto and Remington was used in the BVS, PubMed, TRIP and Dialnet search engines, as well as in the Redalyc, Cochrane, EBSCOhost, Web of Science and CUIDEN databases. A total of 1,491 articles were found, when applying inclusion and elimination criteria, a total of ten quantitative studies were considered in the final sample.

Results: It was found that adolescents with low self-esteem are prone to influences that encourage the initiation of cannabis use. When considered as a positive attitude of the person towards himself, it favors the feeling of security and regulates behavior through a process of self-evaluation, so that it enables adolescents to adapt to their environment. In this sense, three main categories were observed: moderator variable in cannabis use; predictor variable of cannabis use; and intervention component.

Conclusions: The protective and predictive role of self-esteem for cannabis use in adolescents was demonstrated, likewise, early detection and interventions aimed at improving skills for the regulation of emotions influenced by cognitive factors are effective in the promotion and prevention of cannabis use in adolescents.

Keywords: Self-esteem; Cannabis; Adolescent; Nursing; Mexico.

¹ Maestro en Ciencias de Enfermería, Estudiante del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.

² Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor Investigador del Departamento de Enfermería Clínica de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor Investigador del Departamento de Enfermería Clínica de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.

⁴ Maestra en Ciencias de Enfermería, Estudiante del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.

⁵ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor Investigador del Departamento de Enfermería Clínica de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.



Introducción

El cannabis es actualmente la droga ilícita más utilizada en México y con el movimiento la legalización de consumo recreativo. El país enfrenta numerosos problemas hacia las políticas, la prevención y el tratamiento de su uso^{1,2}. Datos oficiales resaltan que en 2011 más del 8% de los mexicanos entre 18 y 65 años refieren consumo de cannabis al menos una vez en la vida. Este porcentaje se duplicó en los últimos años, por lo que la hace la droga que más crece en el país^{1,3,4}. De igual manera, el consumo de cannabis se ha duplicado entre los menores de edad, en 2017, 5.3% de los adolescentes entre 12 y 17 años han consumido, mientras que en 2011 solo 2.4%³.

Estas cifras son alarmantes, en consideración de las consecuencias derivadas de su consumo durante la adolescencia. Se ha establecido implicaciones negativas a nivel cerebral, tanto desde un punto de vista estructural como funcional⁵, asimismo, puede derivar en dependencia, delincuencia, agresión física y abandono escolar^{6,7}. Además, se han comprobado efectos adversos para la salud a nivel respiratorio y cardiovascular⁸. Está asociada a una mayor prevalencia de sintomatología psicótica^{9,10}, ansiedad, depresión, menor satisfacción con la vida y mayor riesgo de suicidio^{6,11,12}.

Asimismo, iniciar el consumo en una edad temprana aumenta el riesgo de consumo intensivo, consumo continuo, abuso y dependencia en una edad adulta^{13,14,15}. Ante los efectos adversos derivados, las investigaciones enfatizan la necesidad de comprender las razones y los factores de protección contra el inicio del consumo de cannabis¹⁶, lo que ha promovido estudios para la identificación de las variables asociadas y determinar el peso relativo de cada una de ellas¹⁷ en virtud de informar un tratamiento más efectivo¹⁸.

Algunos estudios han enfatizado en el papel de la autoestima como factor de protección contra el consumo de cannabis en el adolescente^{19,20,21}. En gran medida, eso se debe a que la autoestima parece ser una característica común de la conducta humana que influye en el comportamiento²². Además, se ha identificado como un importante correlato de la competencia y el ajuste psicosocial²³ al definirse como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, por lo que favorece el sentimiento de seguridad y regula la conducta mediante un proceso de autoevaluación. De este modo, se considera que el comportamiento de un adolescente estará determinado en gran medida por la autoestima que posea en ese momento^{24,25}.

En este marco, diversos estudios han demostrado que la prevalencia de trastornos emocionales y comportamientos de riesgo (violencia, depresión, pensamientos suicidas, tabaquismo, alcoholismo, etc.) son más comunes entre los adolescentes con baja autoestima^{16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28},

asimismo, algunas investigaciones han referido una asociación entre una autoestima relativamente baja y el inicio del consumo de cannabis^{29,30,31,32,33,34,35,36}. Sin embargo, aunque la aceptación de la autoestima como uno de los elementos críticos que afectan la elección y acción de comportamiento en el futuro^{36,37}, algunas investigaciones han informado una asociación débil entre la autoestima y el consumo de cannabis^{25,38,39}.

Ante la necesidad de abordar estas inconsistencias con el fin de crear intervenciones de enfermería basadas en la evidencia empírica del fenómeno, se propone la siguiente Revisión Integrativa (RI) como método de investigación, que permitirá el proceso de creación y organización de un cuerpo de literatura^{40,41}. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue identificar la evidencia científica relacionada con la influencia que tiene la autoestima en el consumo de cannabis de los adolescentes.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Se realizó una RI de la evidencia científica bajo la metodología propuesta por Toronto y Remington⁴¹, quienes plantean seis pasos para su desarrollo: formulación de la pregunta de revisión, búsqueda sistemática de la literatura con criterios predeterminados, evaluación crítica de la literatura seleccionada, análisis-síntesis de la literatura, discusión sobre los conocimientos encontrados y planes de difusión de los hallazgos.

Formulación de la pregunta de revisión

La pregunta de revisión encamina los criterios de inclusión específicos para la selección de los artículos. Para la elaboración de la pregunta se utilizó el formato PCC (por sus siglas en inglés), que es un acrónimo metodológico para referirse a los elementos: población, concepto, y contexto. El formato PCC permite desarrollar un protocolo búsqueda e identificar los descriptores más apropiados para la búsqueda en la revisión, por consiguiente, facilita la efectividad en la búsqueda bibliográfica, aumenta la probabilidad de encontrar estudios relacionados con la pregunta de revisión, minimiza sesgos y búsquedas innecesarias^{42,43}. En consideración con lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de revisión: ¿Cómo influye la autoestima en el consumo de cannabis de los adolescentes?

Búsqueda sistemática de la literatura con criterios predeterminados

Durante el periodo febrero-abril de 2022, se realizó una búsqueda de la literatura científica mediante los motores de

búsqueda de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), PubMed, el Turning Research Into Practice (TRIP) y Dialnet, así como, en las bases de datos de la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Cochrane, EBSCOhost, Web of Science y CUIDEN. Se emplearon términos de búsqueda clave con los siguientes descriptores en español, inglés y portugués (DeCS)⁴⁴: adolescent; self-esteem; cannabis; marijuana smoking y marijuana use, los cuales se combinaron con el operador booleano de intersección “AND” y de asociación “OR” para establecer las operaciones lógicas entre los conceptos.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: artículos originales, publicados dentro del periodo 2012-2022, referidos a estudios cuantitativos implementados en población adolescente. Se contemplaron como criterios de eliminación: artículos que no respondieron a la pregunta de revisión; artículos cuantitativos que no obtuvieron la puntuación requerida del Instrumento Criterios de Elegibilidad de los Artículos de Investigación (ICrESAI)⁴⁵; Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y estudios de cohorte que no cumplieron con los requerimientos del Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe)^{46,47}.

En este sentido, ICrESAI⁴⁵ considerarán elegibles, solo aquellos artículos que cumplan con un mínimo de ocho de los diez ítems de criterios de elegibilidad correspondientes a los apartados de: objetivos; muestra; instrumentos de medición; procedimientos de recolección y análisis de datos; así como, presentación de resultados. Asimismo, se consideraron las 11 preguntas evaluadas por CASPe^{46,47}, las cuales se promediaron a una puntuación de diez para emitir una calificación, el cuestionario considera: la validez de los resultados; los resultados; además de la aplicabilidad y beneficios de los resultados; para la presente revisión los artículos tenían que cumplir una calificación mínima de ocho para su selección.

Evaluación crítica de la literatura seleccionada

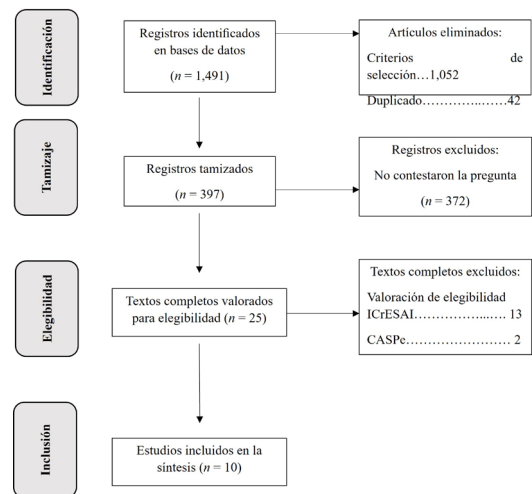
Se realizó un primer cribado con la lectura de los títulos y resúmenes de todos los artículos encontrados, tras lo cual se eliminaron: artículos duplicados y estudios sin resumen. Posteriormente, se realizó un segundo cribado con la lectura completa de los artículos y se excluyeron: artículos carentes de información. Finalmente, en un tercer cribado por medio de la lectura crítica de la evidencia, se administró y valoró por pares cada ítem de los instrumentos ICrESAI⁴⁵ y CASPe^{46,47}, en una escala de 1-10. Se excluyeron artículos que no obtuvieron la puntuación requerida en la valoración de elegibilidad.

Resultados

En la búsqueda inicial, se identificó un total de 1,491 artículos, de los cuales, al final, se seleccionaron 10 (Figura 1) realizados

en distintos países: Irán; Francia; Brasil; España; Canadá; y Estados Unidos. Estos artículos fueron publicados en diferentes revistas científicas: Iranian Red Crescent Medical Journal; L'Encéphale; Psychiatry Research; Anales de Psicología; Addictive Disorders & Their Treatment; Canadian Journal of Public Health; Journal of Youth and Adolescence; Journal of School Health; y Addictive Behaviors (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de estudios



Fuente: Adaptado parcialmente de Toronto y Remington.

En la tabla 1, se puede observar las características de cada uno de los estudios incluidos en la síntesis de revisión, clasificados por: autor; año; país; idioma, revista; objetivo; tipo de estudio; muestra; muestreo; resultados relevantes e influencia de la autoestima.

Análisis-síntesis de la literatura

Después del análisis y organización de la información de los artículos, destacaron tres categorías relacionadas con la influencia de la autoestima en el consumo de cannabis de los adolescentes: variables mediadoras entre autoestima y consumo de cannabis^{29,30,31,32,33}; variable predictora del consumo de cannabis^{34,35,36}; y componente de intervención^{22,48}.

1. Variables mediadoras entre autoestima y consumo de cannabis

Para Khajehdaluae *et al.*²⁹, la autoestima (la opinión y el juicio que tiene de sí mismo) determina sus interacciones en varios contextos; la baja autoestima puede conducir al aislamiento con familiares y amigos, así como la consecución de comportamientos de riesgo como el consumo de cannabis. En la misma línea, Dorard *et al.*³⁰ sostienen que los adolescentes dependientes de cannabis presentan bajos niveles de autoestima. Bitancourt³¹ explica que la dependencia ocurre con mayor frecuencia en adolescentes con baja autoestima

Tabla 1. Caracterización de los artículos incluidos en la síntesis de la revisión integrativa

Autor & Año	País Idioma & Revista	Objetivo	Tipo de estudio Muestra & Muestreo	Resultados relevantes	Influencia de la autoestima	CASPe & ICRESAI R1/R2
Khajedaluae, Zavar, Alidoust & Pourandi ²⁹ 2013	Irán Inglés <i>Iranian Red Crescent Medical Journal</i>	Evaluar la relación entre la baja autoestima y el abuso de drogas ilegales	Cuantitativo, correlacional transversal <i>n</i> = 943 adolescentes iraníes de \bar{X} =16.4 años Muestreo probabilístico por conglomerado	Los análisis comparativos, evidenciaron que la puntuación media de autoestima fue más baja en los estudiantes que consumían cannabis (\bar{X} =20.1 vs. \bar{X} =19.77)	Planteada como variable moderadora	ICRESAI 9/9
Dorarda, Bungener, Corcos & Berthoz ³⁰ 2014	Francia Francés <i>L'Encéphale</i>	Evaluar la autoestima (global y social), estrategias afrontamiento, apoyo social percibido en adolescentes y adultos jóvenes dependientes de cannabis, en comparación con sujetos ordinarios	Estudio de cohorte <i>n</i> =93 adolescentes y adultos jóvenes franceses (16-22 años), 43 pacientes con consumo dependiente de cannabis y 50 participantes para el grupo control	Los análisis comparativos indicaron que los pacientes tenían niveles significativamente más bajos de autoestima general (<i>p</i> =0.002) y social (<i>p</i> =0.035) que los controles	Planteada como variable moderadora	ICRESAI 10/10
Bitancourt, Ribeiro, Marques, Fernandes & da Silveira ³¹ 2016	Brazil Inglés <i>Psychiatry Research</i>	Evaluar la asociación entre la autoestima y el consumo de sustancias	Cuantitativo, explicativo transversal <i>n</i> =3,891 estudiantes brasileños de 6to a 12vo grado (10-22 años) Muestreo probabilístico estratificado por conglomerados	La comparación de la autoestima, tanto para uso de por lo menos alguna vez a lo largo de la vida como para uso frecuente/intenso, confirmó que, a menor autoestima, más frecuente el uso de cannabis (<i>p</i> <.001). Según los modelos de regresión logística, un aumento de 1 punto en la puntuación del Self-Esteem Inventory (SEI) School Form, reduce en un 1% las probabilidades de consumo de sustancias ilícitas a lo largo de la vida y en un 3% las probabilidades de uso frecuente/intenso	Planteada como variable moderadora	ICRESAI 10/10
Riquelme, García y Serra ³² 2018	España Español/Inglés <i>Anales de Psicología</i>	Analizar la vulnerabilidad de los adolescentes a partir de la autoestima y el consumo de sustancias, y la protección o riesgo del estilo de socialización	Cuantitativo, correlacional transversal <i>n</i> =1,445 adolescentes españoles de 12 a 17 años Muestreo probabilístico estratificado	En comparación con la adolescencia temprana (12-15 años), durante la adolescencia tardía (16-17 años) la autoestima emocional (\bar{X} =5.66 vs \bar{X} =5.31, <i>p</i> <.001), familiar (\bar{X} =8.19 vs \bar{X} =7.89, <i>p</i> <.001) y física (\bar{X} =6.06 vs \bar{X} =5.75, <i>p</i> <.001) fue más baja, mientras que el consumo de cannabis (\bar{X} =11.13 vs \bar{X} =13.12, <i>p</i> <.001) fue más alto	Planteada como variable moderadora	ICRESAI 10/10
Chen, Martins, Strain, Mojtabei & Storr ³³ 2018	Estados Unidos Inglés <i>Addictive Disorders & Their Treatment</i>	Examinar la asociación de factores de riesgo psicosociales y conductuales con el consumo de cannabis y su frecuencia durante la adolescencia	Cuantitativo, correlacional transversal <i>n</i> =57,767 adolescentes estadounidenses de 8vo (13-14 años) y 10mo grado (15-16 años) Se analizaron los datos del archivo de uso público del estudio Monitoring the Future (MTF) 2012-2013	Se encontró asociación significativa entre la baja autoestima y todos los niveles de consumo de cannabis en ambos sexos de 15-16 años, mujeres: uso ocasional (<i>OR</i> =2.14 [1.71:2.68], <i>p</i> <.001); uso frecuente (<i>OR</i> =3.37 [1.67:6.80], <i>p</i> <.01); uso regular (<i>OR</i> =5.85 [3.11:10.98], <i>p</i> <.001), hombres: uso ocasional (<i>OR</i> =2.00 [1.14:3.50], <i>p</i> <.001); uso frecuente (<i>OR</i> =3.73 [2.50:5.57], <i>p</i> <.001); uso regular (<i>OR</i> =13.30 [4.87:36.33], <i>p</i> <.01). Y uso regular de cannabis en adolescentes varones de 13-14 años con baja autoestima (<i>OR</i> =3.33 [1.18:9.43], <i>p</i> <.05)	Planteada como variable moderadora	ICRESAI 10/10
Richardson, Kwon & Ratner ³⁴ 2013	Canada Inglés <i>Canadian Journal of Public Health</i>	Investigar las diferencias en la relación de la autoestima y el inicio del consumo de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis) entre estudiantes de secundaria de sexo masculino y femenino	Cuantitativo, explicativo longitudinal <i>n</i> =1,267 adolescentes canadienses de 8vo y 9no grado (13-15 años) Muestreo probabilístico aleatorio simple	Los puntajes más altos de autoestima se asociaron con probabilidades reducidas de iniciar un consumo de cannabis (<i>OR</i> =0.95 [0.90:1.00], <i>p</i> <.05), por cada aumento de un punto en la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), las probabilidades de comenzar a consumir cannabis disminuyeron en un 7%; un aumento de cinco puntos en EAR equivaldría a una reducción del 35% en las probabilidades de comenzar a consumir cannabis	Planteada como variable predictora	ICRESAI 10/10
Oshri, Carlson, Kwon, Zeichner & Wickrama ³⁵ 2017	Estados Unidos Inglés <i>Journal of youth and adolescence</i>	Determinar si los entornos de crianza negligentes están asociados con el uso y abuso de alcohol y cannabis en la edad adulta joven a través de las trayectorias de crecimiento de la autoestima durante la adolescencia	Cuantitativo, explicativo longitudinal <i>n</i> =8,738 estudiantes estadounidenses de secundaria y preparatoria Muestreo probabilístico por conglomerados estratificados	Al finalizar el estudio (14 años de seguimiento), los análisis de modelos respaldaron trayectorias de autoestima: decrecientes, ascendentes y estables. Se observó que la trayectoria de autoestima decreciente contaba con niveles medios más altos de síntomas de uso y abuso de cannabis que la trayectoria estable (respectivamente: \bar{X} =1.01 vs. \bar{X} =0.78; \bar{X} =0.20 vs. \bar{X} =0.14)	Planteada como variable predictora	ICRESAI 10/10

Continuará...

Continuación

Lee, Seo, Tobari, Lohrmann & Song ³⁶ 2018	Estados Unidos Inglés <i>Journal of School Health</i>	Examinar la trayectoria longitudinal del consumo excesivo de alcohol, el uso de cannabis y el uso de cocaína en relación con la autoestima desde la adolescencia hasta la adultez temprana	Cuantitativo, explicativo longitudinal $n=6,504$ adolescentes estadounidenses de secundaria y preparatoria Se realizó un muestro probabilístico de dos etapas, el primero fue muestreo aleatorio sistemático para la selección de las escuelas y el segundo aleatorio simple para seleccionar los participantes	Después de 6 años de seguimiento, los análisis mostraron que la autoestima baja fue un predictor significativo para el consumo de cannabis ($b=0.054$, $p<.05$) en adolescentes de 15 años en adelante, hasta la adultez temprana	Planteada como variable predictora	ICrESAI 10/10
Schwinn, Schinke, Hopkins, Keller & Liu ²² 2018	Estados Unidos Inglés <i>Journal of youth and adolescence</i>	Reducir los riesgos de las adolescentes femeninas para el consumo de drogas, en relación con las influencias sociales y de los compañeros, así como los riesgos específicos de género relacionados con el estado de ánimo, la autoestima y el manejo del estrés	Intervención pretest y postest $n=788$ adolescentes femeninas estadounidenses de 13 y 14 años Muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutadas a través de Facebook	Las adolescentes asignadas a la intervención tenían mayor autoestima ($B=-0.11$, $p=0.013$) que el grupo control. Los efectos de la intervención posterior a la prueba también se observaron en la mejora de la autoestima, al año de seguimiento, las adolescentes tenían mayores habilidades para rechazar el cannabis ($B=-0.18$, $p=0.013$) en comparación con el grupo control	Planteada como variable de intervención	CASPe 10/10
Schwinn, Schinke, Keller & Hopkins ⁴⁸ 2019	Estados Unidos Inglés <i>Addictive Behaviors</i>	Informar resultados de 2 y 3 años sobre un programa de prevención del abuso de drogas basado en la web para niñas adolescentes	Intervención pretest y postest $n=788$ adolescentes estadounidenses femeninas Muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutadas a través de Facebook	A los 2 años de seguimiento y en comparación con las adolescentes del grupo de control, las adolescentes del grupo de intervención informaron mayor autoestima ($B=-0.11$, $p=0.020$), así como, informaron menos uso cannabis ($B=-0.60$, $p=0.038$; $IRR=0.549$). La razón de la tasa de incidencia indicó una reducción del 45% en el consumo esperado de cannabis en el último mes en comparación al grupo control. A los 3 años de seguimiento se informaron tasas más bajas de consumo de drogas entre pares ($B=-0.76$, $p=.002$) y puntajes más altos de autoestima que el GC ($B=-0.09$, $p=0.046$)	Planteada como variable de intervención	CASPe 10/10

Fuente: Adaptado parcialmente de Toronto y Remington⁴¹.

Nota: se valoró la calidad de los estudios cuantitativos en una escala de 1-10 según el Instrumento Criterios de Elegibilidad de los Artículos de Investigación (ICrESAI)⁴⁵ y el Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe)⁴⁶; R1= Revisor 1; R2= Revisor 2.

por el placer resultante de la propia sustancia que alivia el sentimiento de poca valía.

Asimismo, Chen *et al.*³³, encontraron que la baja autoestima se presentó en adolescentes consumidores (ocasional, frecuente y regular), revelaron además que los adolescentes varones tenían una mayor asociación entre baja autoestima y todos los tipos de consumo de cannabis que las féminas. Riquelme *et al.*³² señalan que durante la adolescencia se produce un desajuste psicosocial en la autoestima (emocional, familiar y física), acompañado por el inicio del consumo de cannabis y que este desajuste va aumentando con la edad de manera que los adolescentes tardíos presentarán menor autoestima y mayor consumo de cannabis que los adolescentes tempranos.

Por otro lado, Bitancourt *et al.*³¹ destacan la convivencia entre pares, ser miembro de un grupo es una tarea importante durante la adolescencia y los adolescentes con baja autoestima deseados de ser aceptados socialmente pueden sentirse obligados a consumir cannabis, por tanto, el miedo al fracaso aumenta su vulnerabilidad.

2. Variable predictora del consumo de cannabis

Oshri *et al.*³⁵ evidencian tres trayectorias de crecimiento de la autoestima (trayectorias estables altas, ascendentes y descendentes) observaron que los jóvenes en trayectorias de autoestima decreciente muestran asociaciones significativas con el uso y abuso de cannabis. Es decir, los niveles más bajos de autoestima durante la etapa de adolescencia predicen secuencialmente el uso y abuso de cannabis en la edad adulta joven, por tanto, la experiencia de baja autoestima compromete la capacidad de rechazar y abstenerse asertivamente del consumo de cannabis.

Asimismo, Lee *et al.*³⁶ encontraron una fuerte relación predictiva entre la autoestima y el uso de cannabis durante adolescencia y confirma el papel protector de los altos niveles de autoestima contra el consumo de cannabis, al observar que cuanto más alta es la autoestima, menor es la probabilidad de consumo de cannabis durante la etapa de la adolescencia. En la misma línea, Richardson *et al.*³⁴ revelaron que los puntajes más altos de autoestima se asocian con menores probabilidades para el inicio de consumo de cannabis,



menciona que por cada punto de la Escala de Autoestima de Rosenberg hay una reducción de las probabilidades de iniciar el consumo de sustancias hasta un 7%, lo que respalda el papel protector de la autoestima contra el inicio del consumo de cannabis.

3. Componente de intervención

La intervención de Schwinn *et al.*²² que tenían como objetivo mejorar habilidades afectivas, cognitivas y conductuales para la reducción del consumo de cannabis y sus factores asociados, evidencian el papel de la autoestima como componente de intervención, al observar mayor autoestima y menor consumo de cannabis en las adolescentes asignadas a la intervención, en comparación con el grupo control. Asimismo, durante los años de seguimiento los niveles de autoestima se mantuvieron estables en concordancia con índices mínimos de inicio de consumo de cannabis⁴⁸.

Discusión

Los resultados de la presente revisión son consistentes al sugerir que los adolescentes consumidores de cannabis tienen bajos niveles de autoestima^{29,30,31,32,33}. Se explica, que la autoestima desempeña un papel adaptativo importante en el funcionamiento psicológico y permite que el adolescente se adapte al entorno⁴⁹. De hecho, la autoestima es considerada la evaluación que realiza un individuo sobre sí mismo, manifestada en una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree merecedor⁵⁰, de modo que el comportamiento de un adolescente está determinado en gran medida por la autoestima que posee ante una situación de consumo²⁴.

Asimismo, el grupo de pares converge con la presión de los compañeros, los adolescentes se adaptan a reglas y comportamientos que no necesariamente reflejan sus propios valores. Esta presión de grupo se ha establecido como un factor de riesgo para el consumo de cannabis, donde la autoestima influye en la toma de decisión del adolescente^{31,51}, al ser considerada un juicio de valor que indica la percepción de lo capaz, importante y valioso que es el adolescente para sí mismo⁵⁰, por lo que, un adolescente con óptima autoestima tendrá una mejor concepción de lo que es beneficioso para él y de la consecuencia de sus actos⁵². Por tal motivo, la autoestima es considerada como factor protector frente al consumo de cannabis al moderar el consumo³⁰.

Por otra parte, la autoestima es descrita como una colección de pensamientos, sentimientos, emociones y experiencias que se forman y fluctúan a través del tiempo. Por tanto, mediante un conjunto de experiencias personales y autoevaluaciones, se construye en el adolescente un sentido estable de valor o dignidad²⁹. En este sentido, las trayectorias de la autoestima

durante la adolescencia sugieren que los bajos niveles de autoestima tienen vínculos complejos e indirectos con el consumo de sustancias durante la edad adulta joven³⁶.

Además, la consolidación de la autoestima es un proceso de desarrollo que evoluciona durante la adolescencia, a través de la interacción continua con el entorno, lo que resulta en el desarrollo de una autorrepresentación llena de recursos⁵³, los estudios han demostrado que los adolescentes que estuvieron expuestos al estrés en la vida temprana (abandono, violencia, acoso, etc.) demostraron vulnerabilidad en su autoestima⁵⁴ y esta a su vez, están asociadas con comportamientos de uso y abuso de cannabis durante su transición a la edad adulta joven^{34,35,36}. Datos relevantes, al considerar que los síntomas de abuso de cannabis son indicadores tempranos del desarrollo de comportamientos adictivos, que tienen implicaciones sociales y de salud mucho más negativas para el adulto emergente³⁵.

Por otro lado, se observó que las personas que experimentan bajos niveles de autoestima son más propensas a involucrarse en comportamientos de riesgo. Kaplan *et al.*⁵⁵ explican que este comportamiento es derivado del intento de aumentar la autoestima, desobedeciendo normas legales o sociales. Esto sugiere que las experiencias de autodevaluación conducen a una pérdida de motivación para seguir las expectativas normativas y aumentan la motivación para desviarse de las estructuras normativas para mejorar la autoestima⁵⁶. Por lo tanto, de acuerdo con la teoría de la auto derogación, los adolescentes con baja autoestima pueden involucrarse en el consumo de cannabis para mejorar su autoestima^{36,56}.

Por último, algunos programas de intervención diseñados para prevenir el consumo de cannabis por parte de los adolescentes han buscado mejorar la autoestima con motivos preventivos³⁴. Bajo el fundamento teórico de que el riesgo de consumo de cannabis en los adolescentes se mitiga al mejorar sus habilidades sociales y cognitivas, necesarias para resistir las influencias sociales y de los compañeros⁵⁷. En ese marco, mejorar las habilidades para la regulación de emociones, que están influenciados por factores cognitivos sociales, protegen contra la iniciación en el consumo de cannabis entre los adolescentes^{16,58}. Estos hallazgos subrayan la necesidad continua de desarrollar programas de promoción y prevención para el consumo de cannabis en las escuelas con base a mejorar la autoestima de los adolescentes⁵⁹.

Conclusión

La evidencia científica analizada en esta revisión demostró el papel protector y predictivo de la autoestima para el consumo de cannabis en los adolescentes. Además, se encontraron variables mediadoras entre la autoestima y el consumo, como: la edad, el sexo, el estrés y la presión por pares. Asimismo, se comprobó que la detección temprana y las intervenciones

dirigidas a mejorar las habilidades para la regulación de emociones influenciadas por factores cognitivos, son efectivas en la trayectoria conductual de los adolescentes, alejándolos del consumo de cannabis. A su vez, se observaron variables que interactúan como factor protector en conjunto con la autoestima, entre las cuales destacan; las relaciones familiares, el apoyo social percibido, la autoeficacia y el afrontamiento. Por último, algunos estudios exhortan a realizar intervenciones de salud, con el propósito de preparar a los adolescentes contra la posible normalización del consumo de cannabis que pueden absorber erróneamente en años posteriores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Colocar consideraciones éticas

Se respetó la propiedad intelectual de cada uno de los artículos analizados, por lo cual, se citó cada uno de estos. Asimismo, se revisó el porcentaje de similitud cumpliendo con los requerimientos necesarios para su publicación.

Contribución de los autores

Conceptualización: P.M.Q.; Curación de datos: P.M.Q., A.S.M.N.; Análisis formal: P.M.Q., A.S.M.N.; Adquisición de Financiamiento: no aplica; Investigación: P.M.Q., A.S.M.N., E.G.O., A.A.A.; Metodología: P.M.Q., A.S.M.N., E.G.O., A.A.A.; Administración de proyecto: E.G.O., A.A.A.; Recursos: P.M.Q., A.S.M.N., E.G.O., A.A.A., M.L.G.C.; Software: P.M.Q., A.S.M.N., E.G.O., A.A.A., M.L.G.C.; Supervisión: E.G.O., A.A.A.; Validación: E.G.O., A.A.A., M.L.G.C.; Visualización: P.M.Q., A.S.M.N., E.G.O., A.A.A., M.L.G.C.; Redacción – Borrador original: P.M.Q., A.S.M.N.; Redacción: revisión y edición: E.G.O., A.A.A., M.L.G.C.

Referencias

1. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Secretaría de Salud. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/35gJdV7>
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de UNODC. 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3oeGcKK>
3. Camhaji E. El consumo de marihuana en México se duplica entre los menores de edad. El país. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3sreCgm>

4. Villatoro JA, Medina-Mora ME, Martín del Campo R, Fregoso DA, Bustos MN, Reséndiz E, Mujica R, Bretón M, Soto IS, Cañas V. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*. 2016;39(4):193-203. Disponible en: <https://bit.ly/3Kmn1qr>

5. Shen H. Cannabis and the adolescent brain. *Proc Natl Acad Sci*. 2020;117(1):7-11. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1920325116>

6. Vega-Cauich JI, Zumárraga-García FM. Variables asociadas al inicio y consumo actual de sustancias en adolescentes en conflicto con la ley. *Anuario Psicol Jurídica*. 2019;29(1):21-29. DOI: <https://doi.org/10.5093/apj2018a13>

7. Martínez-Mota L, Jiménez-Rubio G, Hernández OT, Páez-Martínez N. Tipos de violencia en la infancia que inciden en el abuso y dependencia de cannabis entre adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis. *Adicciones*. 2020;32(1):63-76. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1050>

8. Covarrubias-Torres N. Uso medicinal de la Marihuana. *Anest Méx*. 2019;31(2):49-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v31n2/2448-8771-am-31-02-49.pdf>

9. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, Rodriguez V, Jongsma HE, Ferraro L, La Cascia C, La Barbera D, Tarricone I, Berardi D, Szöke A, Arango C, Tortelli A, Velthorst E, Bernardo M, Del-Ben CM, Menezes PR, Selten J-P, Jones PB, Kirkbride JB, Rutten BPF, de Haan L, Sham PC, van Os J, Lewis CM, Lynskey M, Morgan C, Murray RB. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(1):427-36. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)

10. Patel SJ, Khan S, Saipavankumar M, Hami P. The Association Between Cannabis Use and Schizophrenia: Causative or Curative? A Systematic Review. *Cureus*. 2020;12(7):e9309. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.9309>

11. Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(3):493-505. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.037>

12. National Institute on Drug Abuse. El consumo de cannabis puede estar asociado con suicidalidad en los adultos jóvenes. National Institute of Health. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3PHftSZ>

13. Patel J, Marwaha R. Cannabis Use Disorder. StatPearls; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538131/>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Marijuana use and teens. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3aLsvA7>
15. Swift W, Coffey C, Degenhart L, Carlin JB, Romaniuk H, Patton GC. Cannabis and progression to other substance use in young adults: Findings from a 13 year prospective population-based study. *J Epidemiol Community Health.* 2011;66(7):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.2010.129056>
16. Tolou-Shams M, Folk JB, Marshall BD, Dauria EF, Kemp K, Li Y, Koinis-Mitchell D, Brown LK. Predictors of cannabis use among first-time justice-involved youth: A cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 2021;225(1):108754. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108754>
17. Rial A, Burkhart G, Isorna M, Barreiro C, Varela J, Golpe S. Cannabis use among adolescents: Risk pattern, implications and possible explanatory variables. *Adicciones.* 2019;31(1):64-77. Disponible en: <https://bit.ly/315eTLr>
18. Van Zundert RMP, Nijhof LM, Engels RCME. Testing social cognitive theory as a theoretical framework to predict smoking relapse among daily smoking adolescents. *Addict Behav.* 2009;34(3):281-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.004>
19. Carbonneau R, Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. Alcohol, Marijuana and Other Illicit Drugs Use Throughout Adolescence: Co-occurring Courses and Preadolescent Risk-Factors. *Child Psychiatry & Human Development.* 2021;1(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01202-w>
20. Dugas EN, Sylvestre MP, Ewusi-Boisvert E, Chaiton M, Montreuil A, O'Loughlin J. Early risk factors for daily cannabis use in young adults. *Can J Psychiatry.* 2019;64(5):329-337. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743718804541>
21. Duke NN. Adolescent adversity and concurrent tobacco, alcohol, and marijuana use. *Am J Health Behav.* 2018;42(5):85-99. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.42.5.8>
22. Schwinn TM, Schinke SP, Hopkins J, Keller B, & Liu X. An online drug abuse prevention program for adolescent girls: posttest and 1-year outcomes. *J Youth Adolesc.* 2018;47(3):490-500. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0714-4>
23. Zimmerman MA, Copeland LA, Shope JT, Dielman TE. A Longitudinal Study of Self-Esteem: Implications for Adolescent Development. *J Youth Adolesc.* 1997;26(2):117-141. Disponible en: <https://bit.ly/3sXPVry>
24. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image. USA: Princeton University Press; 1965. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
25. Fuentes MC, Garcia OF, Garcia F. Protective and risk factors for adolescent substance use in Spain: Self-esteem and other indicators of personal well-being and ill-being. *Sustainability.* 2020;12(15):5962. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12155962>
26. Shah SM, Al Dhaheri F, Albanna A, Al Jaberi N, Al Eissae S, Alshehhi NA, Al Shamis SA, Al Hamez MM, Abdelrazeq SY, Grivna M, Betancourt TS. Self-esteem and other risk factors for depressive symptoms among adolescents in United Arab Emirates. *PLoS One.* 2020;15(1):e0227483. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227483>
27. Soto-Sanz V, Piqueras JA, Rodríguez-Marín J, Perez-Vazquez MT, Rodríguez-Jimenez T, Castellví P, Miranda-Mendizabal A, Parés-Badell O, Almenara J, Blanco MJ, Cebriá A, Gabilondo A, Gili M, Roca M, Lagares C, Alonso J. Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema.* 2019;31(3):246-254. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.339>
28. Cella S, Cipriano A, Aprea C, Cotrufo P. Self-Esteem and binge eating among adolescent boys and girls: The role of body disinvestment. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7496. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147496>
29. Khajehdaluae M, Zavar A, Alidoust M, Pourandi R. The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iran Red Crescent Med J.* 2013;15(11):e7682. DOI: <https://doi.org/10.5812/ircmj.7682>
30. Dorard G, Bungener C, Corcos M, Berthoz S. Estime de soi, coping, soutien social perc,u et dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. *L'Encéphale.* 2014;40(3):255-262. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.014>
31. Bitancourt T, Ribeiro MC, Marques T, Fernandes JC, da Silveira DX. Factors associated with illicit drugs' lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey. *Psychiatry Res.* 2016;237(1):2090-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.026>

32. Riquelme M, García OF, Serra E. Psychosocial maladjustment in adolescence: Parental socialization, self-esteem, and substance use. *An Psicol.* 2018;34(3):536-45. DOI: <http://doi.org/10.6018/analesps.34.3.315201>
33. Chen LY, Martins SS, Strain EC, Mojtabai R, Storr CL. Sex and age differences in risk factors of marijuana involvement during adolescence. *Addict Disord Their Treat.* 2018;17(1):29–39. DOI: <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000120>
34. Richardson CG, Kwon JY, Ratner PA. Self-esteem and the Initiation of Substance Use Among Adolescents. *Can J Public Health.* 2013;104(1):e60–e63. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03405656>
35. Oshri A, Carlson MW, Kwon JA, Zeichner A, Wickrama KK. Developmental growth trajectories of self-esteem in adolescence: Associations with child neglect and drug use and abuse in young adulthood. *J Youth Adolesc.* 2017;46(1):151-64. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0483-5>
36. Lee CG, Seo DC, Torabi MR, Lohrmann DK, Song TM. Longitudinal trajectory of the relationship between self-esteem and substance use from adolescence to young adulthood. *J Sch Health.* 2018;88(1):9-14. DOI: <https://doi.org/10.1111/josh.12574>
37. Park I-J, Kim M, Kwon S, Lee H-G. The Relationships of Self-Esteem, Future Time Perspective, Positive Affect, Social Support, and Career Decision: A Longitudinal Multilevel Study. *Front Psychol.* 2018;9(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00514>
38. Swaim RC, Stanley LR. Self-esteem, cultural identification and substance use among american indian youth. *J Community Psychol.* 2019;47(7):1700-13. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcop.22225>
39. Chacon R, Zurita F, Castro M, Espejo Y, Martinez A, Ruiz-Rico G. The Association of Self-Concept with Substance Abuse and Problematic use of Video Games in University Students: A Structural Equation Model. *Adicciones.* 2018;30(1):179-187. Disponible en: <https://bit.ly/3z5J03M>
40. Saldías MA, Parra-Giordano D, Martí T. Participación de enfermería en Políticas Públicas, ¿por qué es importante?: revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob.* 2022;21(65):590-606. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.455361>
41. Toronto CE, Remington R. *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review.* Switzerland: Springer; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>
42. Fandino W. Formulating a good research question: Pearls and pitfalls. *Indian J Anaesth.* 2019;63(8):611-16. DOI: https://doi.org/10.4103/ija.IJA_198_19
43. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini-Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.* The Joanna Briggs Institute; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3a3GS1M>
44. *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS.* ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
45. Gómez-Ortega OR, del Pilar Amaya-Rey MC. ICRESAI-IMeCI: instrumentos para elegir y evaluar artículos científicos para la investigación y la práctica basada en evidencia. *Aquichan.* 2013;13(3):407-420. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74130042009.pdf>
46. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.* Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8. Disponible en: https://redcaspe.org/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf
47. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.* Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27. Disponible en: <https://redcaspe.org/cohortes11.pdf>
48. Schwinn TM, Schinke SP, Keller B, Hopkins J. Two-and Three-Year Follow-Up from a Gender-Specific, Web Based Drug Abuse Prevention Program for Adolescent Girls. *Addict Behav.* 2019;93(2):86–92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.010>
49. Díaz D, Fuentes I, Senra NC. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado.* 2018;14(64):98-103. Disponible en: <https://bit.ly/3zf0MPH>
50. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem.* Consulting Psychologists Press. 3rd edition. EE.UU. 1990.
51. Guzmán FR, Vargas JI, Candia JS, Rodríguez L, Lopez KS. Influencia de la presión de pares y Facebook en actitudes favorecedoras al consumo de drogas ilícitas en jóvenes universitarios mexicanos. *H Addict.* 2019;19(1):22-30. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i1.399>

52. Siqueira A, Rodrigues A, Koller SH, Martins RM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3767-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
53. Ogihara Y, Kusumi T. The Developmental Trajectory of Self-Esteem Across the Life Span in Japan: Age Differences in Scores on the Rosenberg Self-Esteem Scale From Adolescence to Old Age. *Front Public Health*. 2020;8(132):1-18. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00132>
54. Oshri A, Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and mediating influences of childhood personality types on the development of adolescent psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(3):287-301. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.715366>
55. Kaplan HB, Martin SS, Robbins C. Pathways to adolescent drug use: self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *J Health Soc Behav*. 1984;25(3):270-89. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136425>
56. Peterson CH, Buser TJ, Westburg NG. Effects of familial attachment, social support, involvement, and self-esteem on youth substance use and sexual risk taking. *Fam J Alex Va*. 2010;18(4):369-376. DOI: <https://doi.org/10.1177/1066480710380546>
57. Scheier LM. Theoretical models of drug use etiology: Foundations of prevention. In LM Scheier (Eds.). *Handbook of adolescent drug use prevention*. Washington DC: American Psychological Association; 2015.
58. Kliever W, Parham B. Resilience against marijuana use initiation in low-income African American youth. *Addict Behav*. 2019;89(1):236-39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.038>
59. Kaai SC, Broewn KS, Leatherdale ST, Manske SR, Murnaghan D. We do not smoke but some of us are more susceptible than others: A multilevel analysis of a sample of Canadian youth in grades 9 to 12- *Addic Behav*. 2014;39(9):1329-36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.015>

Estilos de vida adquiridos durante el confinamiento por COVID-19 en la infancia: Una revisión sistemática

Lifestyles acquired during confinement by COVID-19 in childhood: a systematic review

Yeimy Mar de León-Ramírez¹,  Xcaret Alexa Hernández-Domínguez²,  Omar Arroyo-Helguera³ 

DOI: 10.19136/hs.a23n3.5442

Artículo de Revisión

• Fecha de recibido: 13 de noviembre de 2022 • Fecha de aceptado: 22 de febrero de 2023 • Fecha de publicación: 18 de septiembre de 2023

Autor de correspondencia

Omar Arroyo-Helguera. Dirección postal: Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.
Av. Luís Castelazo Ayala S/N Col. Industrial Ánimas. CP: 91190. Xalapa, Veracruz, México
Correo electrónico: oarroyo@uv.mx

Resumen

Objetivo: Conocer las evidencias científicas que evidencian cambios en los patrones de estilos de vida durante la infancia y su asociación con el confinamiento causado por la COVID-19.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis sistemático siguiendo los lineamientos de la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) en las bases de datos de PubMed y Google Académico, las palabras claves utilizadas fueron diabetes mellitus type II o diabetes mellitus tipo II, hipertension o hipertensión, quarantines o cuarentena, covid 19, infants o infantes, child o niños, healthy lifestyle o estilo de vida saludable, sedentary behavior o sedentarismo, feeding behaviors o comportamientos alimentarios. La búsqueda se realizó de abril 2019 a junio 2022.

Resultados: La búsqueda arrojó 221 artículos, sólo 5 artículos cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y criterios de calidad, los cuales muestran que el confinamiento por COVID-19 causó cambios en los estilos de vida que se asociaron principalmente al sedentarismo durante la infancia.

Conclusiones: Existe poca información sobre los efectos que ha causado el confinamiento por la COVID-19 en los estilos de vida de los infantes, la existente muestra cambios en los hábitos alimentarios pro-saludables en infantes y disminución de la actividad física; por lo que se recomiendan actividades dirigidas a los tutores o adultos responsables para que supervisen la alimentación y la mejora de la nutrición, así como realizar actividades que fomenten la actividad física.

Palabras clave: Estilo de vida saludable; Cuarentena; COVID-19; Infantes; Conducta alimentaria.

Abstract

Objective: To know the scientific evidence to identify patterns of changes in lifestyles during childhood and their association with various anthropometric parameters in infants caused during confinement by COVID-19.

Materials and methods: A systematic analysis was carried out following the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guide in the PubMed and Google Scholar databases, the keywords used were diabetes mellitus tipo 2 or diabetes mellitus type II, hipertensión or hypertension, cuarentena or quarantine, covid-19, infants or child, estilos de vida saludables or healthy lifestyles, sedentarismo or sedentarism, comportamientos alimentarios or eating behaviors. The search was carried out from April 2019 to June 2022.

Results: The search yielded 221 articles, only 5 articles met the inclusion, exclusion and quality criteria, which show that the COVID-19 confinement caused changes in lifestyles, life that were mainly associated with a sedentary lifestyle during childhood.

Conclusions: There is little information on the effects that COVID-19 confinement has caused on the lifestyles of infants, the existing information shows changes in pro-healthy eating habits in infants and decreased physical activity; therefore, activities aimed at guardians or responsible adults are recommended so that they can supervise feeding and improve nutrition, as well as carry out activities that encourage physical activity.

Keywords: Healthy lifestyle; Quarantine; COVID-19; Child; Feeding behavior.

¹ Doctora en Ciencias Biológicas, Postdoctorante en el Laboratorio de Biomedicina aplicada a la Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

² Licenciada en Biología, Facultad de Biología, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

³ Doctor en Ciencias Biomédicas, Profesor-Investigador del Laboratorio de Biomedicina Aplicada a la Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.



Introducción

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la salud declaró al COVID-19 como una pandemia global. Dada la incidencia de casos (8 millones de casos reportados hasta 12 de junio, 2020)¹, las estrategias de salud pública y las recomendaciones gubernamentales resultaron en muchas restricciones en la vida diaria, incluido el aislamiento, el distanciamiento social, el confinamiento en el hogar, el trabajo remoto y el cierre de instituciones educativas en todos los niveles, así como centros recreativos tales como gimnasios y albercas². Este mismo confinamiento también se aplicó en los niños que de manera inmediata y obligatoria fueron alejados de sus rutinas escolares, siguiendo con las clases en línea casi todo el día y sin ningún tipo de actividad física^{3,4,5}. Desde el punto de vista de la salud, los niños se ven menos afectados fisiológicamente que los adultos, a pesar de que la sintomatología tiene características diferentes en cada uno de sus portadores en general⁶. La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 mostró rápidamente que la edad, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y otras comorbilidades son factores asociados con un incremento en la mortalidad causada por virus⁷.

Aun cuando dichas medidas preventivas para preservar la salud pública son de suma importancia, cambiar tan radicalmente los hábitos de estilo de vida de los individuos impactan directamente en la alimentación, la elección de alimentos, la disponibilidad y cantidad de estos^{2,8}. Además, el confinamiento, limita la práctica de la actividad física lo que conlleva a un menor gasto energético, propiciando el sobrepeso y obesidad⁹. De hecho, un estudio internacional indicó un aumento en el tiempo diario de estar sentado de 5 a 8 horas por día durante las restricciones pandémicas¹⁰.

Se sabe que la nutrición y los estilos de vida antes y después del embarazo, lactancia e infancia influyen en el estado de salud de los niños y que condicionan el riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares en la vida adulta^{11,12,13,14,15}. La infancia es un periodo crítico para el establecimiento de los hábitos alimentarios, la cual está influenciada por los padres y viceversa en respuesta al peso de los niños, los niños con menor apetito serán mayormente presionados para comer mayores cantidades que aquellos con buen apetito, aunado a que la dieta será preferencialmente proporcionada por los padres^{16,17}. Existen evidencia que señala que la interacción entre los nutrientes, la calidad y el tipo de comida, así como los patrones dietéticos tienen un efecto directo sobre la prevención y el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas^{18,19,20,21}. Es evidente que, a través de los años, las preferencias por ciertos alimentos se van modificando debido a factores sociales, económicos, biológicos y ambientales^{22,23}. No obstante, el establecimiento de estas preferencias determina la elección

de alimentos y por ende la calidad de la dieta. Ya sean buenos o malos hábitos, ambos impactan en el estado de salud del infante²⁴.

Por otro lado, debido al largo periodo de aislamiento, la pandemia se ha asociado negativamente con la salud mental y las emociones, como el miedo, la tristeza y la ansiedad, que han derivado en una mala calidad del sueño^{25,26}. El impacto de la pandemia fue aún mayor en el desarrollo emocional de los niños en comparación con los adultos^{8,27}. El confinamiento domiciliario se asoció con la ansiedad, que fue atribuible a la interrupción en su rutina diaria y educación, actividades físicas y oportunidades de socialización^{8,27}. La ansiedad y el estrés provocaron un cambio inevitable en las elecciones dietéticas, porque muchas personas encontraron comodidad y consuelo a través del consumo de alimentos ricos en grasas y calorías^{28,29,30,31}.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo conocer las evidencias científicas para identificar los patrones de cambios en los estilos de vida y su asociación con diversos parámetros antropométricos en infantes durante el confinamiento causado por el COVID-19.

Materiales y métodos

El presente estudio fue realizado siguiendo los lineamientos y criterios de la guía PRISMA 2009 para revisiones sistemáticas³².

El análisis presentado es una revisión de tipo sistemática, la cual se realizó siguiendo los criterios del instrumento PRISMA, así como la evaluación de la calidad de la información obtenida. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del estudio en el cual no se consideraron estudios conceptuales o empíricos, por lo que no es de tipo integrativa.

Estrategias de búsqueda, criterios de selección y análisis de la información

La búsqueda de información se realizó en las bases de datos PubMed, Chrocan y Google Scholar durante el periodo de abril 2019 hasta junio 2022, cada autor realizó la búsqueda de manera individual y las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron “diabetes mellitus type II o diabetes mellitus tipo II”, “hypertension o hipertensión”, “quarantines o cuarentena”, “covid-19”, “infants/childhood o infantes”, “children o niños”, “life styles o estilos de vida”, “sedentary behavior o sedentarismo”, “feeding behaviors o comportamientos alimentarios” validadas en el MeSH del NCBI, así como los operadores booleanos “and (y)” e “or (o)”.

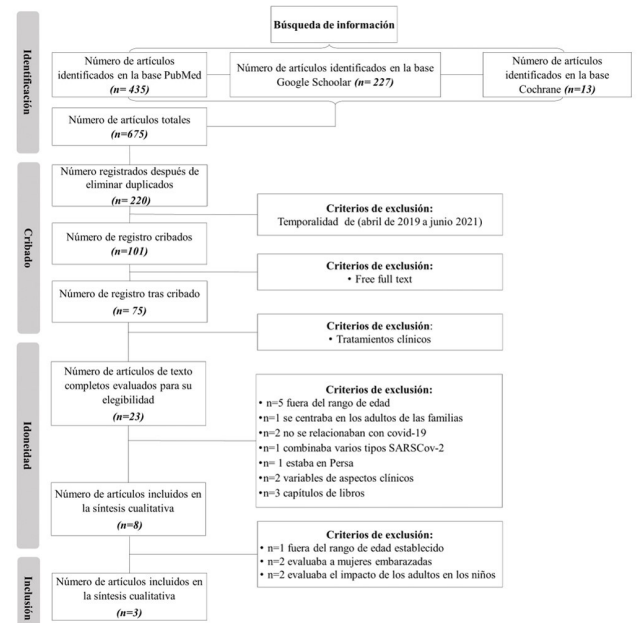
Los criterios de inclusión consideraron artículos en inglés que incluyeran la población de estudio y la temática de interés. Los criterios de exclusión consideraron la eliminación de los artículos de metaanálisis, revisiones, revisiones sistemáticas, libros, capítulos de libros, así como artículos sin texto con opiniones y tesis. Los artículos seleccionados se sometieron a los criterios del instrumento PRISMA para evaluar el contenido de los artículos, desde los objetivos hasta los resultados, con la finalidad de evaluar la congruencia y efectividad de la intervención asociada al impacto de la pandemia en los estilos de vida de los infantes debido al confinamiento.

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión a los artículos de texto completo: artículos que no se apegaban al título, que no mencionaran comorbilidades en infantes; estudios que fuesen solo para adultos; artículos donde los datos de comorbilidad infantil eran indistinguibles de los datos de comorbilidad de adultos, artículos con pacientes sin diagnóstico o confirmación a COVID-19, estudios de ciencias básicas; discusiones clínicas, recomendaciones y guías, artículos sin resultados de pacientes informados y estudios de otros coronavirus. La calidad de los artículos se analizó con la guía reportada por Berra y colaboradores.

Resultados

Como se muestra en la figura 1, la búsqueda de información sistemática de bibliografía se realizó en los buscadores PubMed, Google Scholar y Cochrane siguiendo los lineamientos de PRISMA, con la que obtuvimos 675 artículos. El número total de artículos después de eliminar aquellos que estuvieron duplicados fue de 220. Posteriormente, excluido por la temporalidad, se eliminaron 119 artículos, mismos que se limitaron a aquellos de libre acceso y que no fueran tratamientos clínicos, teniendo un total de 23 artículos. Finalmente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, resultando en un total de 3 artículos. Se revisó el texto completo de los 3 artículos restantes^{8,33,34}. Los motivos para la exclusión fueron: 5 estaban fuera del rango de edad, 1 se centraba principalmente en los adultos de las familias estudiadas, 2 no se relacionaban con el COVID-19, 1 combinaba varios tipos de SARSCov-2, 1 estaba en idioma Persa, 2 eran artículos con variables relacionadas con aspectos clínicos, 3 eran fragmentos de artículos incluidos en capítulos de libros, 1 estaba fuera del rango de edad establecido, 2 más evaluaban a mujeres embarazadas y otros 2 a padres con hijos. Posteriormente, se les evaluó su calidad siguiendo los criterios de Berra y colaboradores³⁵, los resultados mostraron que dos de los artículos son de calidad media y uno de calidad alta.

Figura 1. Diagrama de flujo de búsqueda de información y cribado PRISMA



Fuente: Elaboración propia con base en la búsqueda de información.

Relación entre el confinamiento por COVID-19 con nuevos estilos de vida en infantes

Los estudios incluidos en esta revisión se muestran en la tabla 1, la búsqueda de información sistemática evidenció la escasez de estudios con relación al tema. El estudio longitudinal de Nicodemo y colaboradores en 2021⁸ describe y asocia los hábitos de alimentación con el ejercicio que realizaron los niños de entre 5 y 17 años. Además, lograron establecer asociaciones en función del género, sensación de hambre y el acto de cocinar. Brevemente, el 85.2% de los pacientes desayunaba, el 64.3% consumía fruta como merienda. Aunado a, el 21.6% hacía ejercicio en casa a menudo y el 50% notificó un aumento en la sensación de hambre con una frecuencia de “a veces”. Por otro lado, existe una relación significativa entre sentir hambre con el género ($p=0.0001$) y con la edad ($p=0.048$); también entre el género con desayunar ($p=0.020$) y con cocinar ($p=0.006$). Derivado de la evaluación de calidad mediante el instrumento para lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos, se determina que la calidad de este artículo es media. Remarcando la omisión de información tal como, el nivel de confianza o potencia estadística de la muestra no hace mención del análisis estadístico desde el inicio del estudio, no mencionan los datos perdidos de participantes, las conclusiones no dan respuesta a los objetivos del estudio ni están basadas en los resultados obtenidos.



Por otro lado, Wadalowska y colaboradores en el 2019³⁴, plantean como objetivo determinar la sostenibilidad de la educación escolar relacionada con la dieta y el estilo de vida sobre el estilo de vida sedentario y activo, la calidad de la dieta y la composición corporal de los preadolescentes (11 y 12 años) polacos en un estudio de seguimiento a mediano plazo, fue parcialmente compatible con sus resultados. Para demostrarlo, tomaron medidas antropométricas y de ahí se determinó el índice de masa corporal (IMC) y la relación cintura-estatura (WHtR), tanto al inicio como después de nueve meses. Se recopilaron datos dietéticos de un cuestionario de frecuencia de alimentos y se establecieron dos medidas de estilo de vida (tiempo de pantalla, actividad

física) y dos puntajes de calidad de la dieta (pro-saludable, pHDI y no saludable, nHDI). Tras nueve meses de intervenciones telefónicas, el grupo intervenido demostró tener un aumento en los conocimientos de nutrición ($p<0.01$) con una disminución significativamente mayor en la actividad física. Inicialmente mostraron una diferencia significativa en el apego a las recomendaciones emitidas por la OMS acerca de la realización de actividad física ($p<0.05$). Igualmente, obtuvieron diferencias significativas para la adherencia al índice dietario pro-salud ($p<0.05$). Finalmente mostraron una disminución en la circunferencia de cintura ($p<0.01$) y por ende un cambio de sobre peso/obesidad a normo peso ($p<0.05$).

Tabla 1. Estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y relacionados con estilos de vida y su asociación con obesidad durante el confinamiento por COVID-19 en infantes

Autor/año	País Periodo Tipo de estudio	Población	Objetivo	Resultados
<i>Nicodemo M, et al; 2021</i> ⁸ .	Roma, 31 de marzo de 2020. Tipo de estudio: Longitudinal	La población fue de 88 pacientes de entre 5 y 17 años	Investigar los estilos de vida de los pacientes ambulatorios entre 5 y 17 años con complicaciones relacionadas con obesidad que están inscritos en el programa de educación alimentaria del hospital.	El 85.2% de los pacientes desayunaba, el 64.3% consumía fruta como merienda. Sin embargo, el 21.6% hacía ejercicio en casa a menudo y el 50% notificó un aumento en la sensación de hambre con una frecuencia "a veces". Existe una relación significativa entre sentir hambre con el género ($p=0.0001$) y con la edad ($p=0.048$); también entre género con desayunar ($p=0.020$) y con cocinar ($p=0.006$).
<i>Wadolowska L, et al; 2019</i> ³⁴ .	Se implementó en Polonia Tipo de estudio: Longitudinal	La población fue de $n=464$ estudiantes de 11 a 12 años.	Determinar la sostenibilidad de la educación escolar asociada a la dieta y al estilo de vida sobre el estilo de vida, sedentarismo, actividad física, calidad de la vida y composición corporal de los preadolescentes en un estudio de seguimiento a mediano plazo.	Tras nueve meses el grupo intervenido demostró tener un aumento en los conocimientos de nutrición ($p<0.01$). Inicialmente mostraron una diferencia significativa en el apego a las recomendaciones emitidas por la OMS acerca de la realización de actividad física ($p<0.05$). Igualmente, obtuvieron diferencias significativas para la adherencia al índice dietario pro-salud ($p<0.05$). Finalmente mostraron una disminución en la circunferencia de cintura ($p<0.01$) y por ende un cambio de sobre peso/obesidad a normo peso ($p<0.05$).
<i>Hammersley M, et al; 2021</i> ³³ .	Se implementó en Australia durante abril de 2019 y marzo de 2021 Tipo de estudio: Longitudinal	La población fue de ($n=458$) se evaluó a los padres de niños de entre 2 a 6 años.	Evaluar la efectividad de intervenciones remotas de alimentación saludable y vida activa para padres con niños de 2 a 6 años para mejorar la ingesta de frutas y verduras, ingesta de alimentos no esenciales, el índice de masa corporal, actividad física, tiempo en pantalla y sueño.	Una mejora significativa en alimentos no esenciales para el grupo intervenido vía telefónica ($p=0.001$). De la misma forma se obtuvo una diferencia significativa del grupo intervenido vía online del tiempo en pantalla ($p=0.008$). De los cuales los mayores resultados fueron mediante vía telefónica y no vía online ($p=0.028$). Finalmente, respecto a los demás datos no se obtuvieron resultados significativos.

Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda de información

Dentro de un contexto similar, el objetivo del tercer artículo³³ fue evaluar la efectividad al cabo de 9 meses de intervenciones remotas (vía telefónica, HHP y vía online, T2bH o con un control activo mediante un material escrito) de alimentación saludable y vida activa para padres con niños de 2 a 6 años para mejorar la ingesta de alimentos no esenciales, el índice de masa corporal, actividad física, tiempo en pantalla y sueño. Una mejora significativa en alimentos no esenciales para el grupo intervenido vía telefónica ($p=0.001$). De la misma forma se obtuvo una diferencia significativa del grupo intervenido vía online del tiempo en pantalla ($p=0.008$). De los cuales los mayores resultados fueron mediante vía telefónica y no vía online ($p=0.028$). Finalmente, respecto a los demás datos no se obtuvieron resultados significativos.

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática mostraron muy pocos estudios relacionados con el impacto del confinamiento por COVID-19 en los estilos de vida de los infantes, de los 8 artículos seleccionados con el instrumento PRISMA el 37% cumplió con los criterios de inclusión y exclusión. Al respecto, si bien es cierto que Nicodemo y colaboradores mostraron que, para mantener un estilo de vida saludable durante el confinamiento es difícil para los niños con obesidad debido a la cantidad de estrés, sedentarismo y aumento en el consumo de alimentos calóricos, pese a que pertenecían a un programa de educación alimentaria⁸. Esto se corrobora con otros estudios como el de Sidor y Rzymiski³⁶, donde el 43.5% de los casos de pacientes obesos informó un aumento en el consumo de alimentos en general. El 51.8% afirmó un aumento en consumo de bocadillos entre comidas. Al respecto se sabe que, el estrés estimula la alimentación en ausencia de hambre, particularmente de dulces³⁷. Las consecuencias de interés derivado de este comportamiento son los riesgos cardiovasculares y complicaciones derivadas del sobrepeso y obesidad³⁸. De hecho, en otro estudio, se muestran 2 tipos de comportamiento, ya sea disminuir la cantidad de actividad física o bien dejar totalmente la actividad física durante el confinamiento^{39,40}. Si bien es cierto que durante el confinamiento se disminuye la actividad física, este mismo, promueve el desayuno ya que existe mayor disponibilidad de tiempo para la preparación de los alimentos comparado con el periodo escolar. Ciertamente, los hábitos alimentarios están relacionados con las dificultades del confinamiento y, especialmente, con el estrés y la ansiedad de los cambios abruptos en el estilo de vida.

En todo caso, Wadalowska y colaboradores³⁴, mostraron que el programa de intervención es efectivo para la reducción del riesgo de obesidad central en los preadolescentes; sin embargo, a pesar de que existe mayor conocimiento de la

nutrición y una disminución de hábitos poco saludables, es evidente que la actividad física no es prioritaria para el grupo intervenido. Cabe resaltar el efecto de dicha intervención en los parámetros de adiposidad, tales como, el índice de circunferencia-altura y circunferencia z, pero no en el IMC. Dichos resultados son congruentes con otros estudios previos que muestran que los programas educativos que tienen como objetivo mejorar tanto la dieta como el estilo de vida, tienen mayor impacto en la prevalencia de la obesidad y sus comorbilidades^{41,42,43,44,45}. Además, es notorio que los preadolescentes son mayormente participes independientemente de si los padres participan o no, por lo que podría ser que estudios similares pudiesen llevarse a cabo en un grupo de menor edad^{43,44,45}.

Por otro lado, la disminución en la actividad física se correlaciona con una falta de sostenibilidad del programa a pesar de los conocimientos nutricionales^{46,47} y aun así, se logró un efecto positivo en la reducción de la obesidad central, lo que deja entrever que existen factores subyacentes a la actividad física que impactan en el grado de obesidad^{48,49,50}, por mencionar algunos, el aumento del trabajo escolar y las obligaciones escolares, la presión de los compañeros y/o la moda de usar dispositivos electrónicos que va acompañada de un aumento del tiempo que se pasa frente a la pantalla y de una conducta sedentaria^{51,52}. Esto es congruente con otro análisis que consta de 26 estudios longitudinales que muestran que la actividad física disminuye en un 7% por años durante la adolescencia (41%). Por el contrario, Biddle y colaboradores⁵³, informaron que la asociación entre el comportamiento sedentario y la adiposidad en la juventud no está clara y las afirmaciones de causalidad son prematuras. Esto sugiere que los cambios positivos en los hábitos alimentarios pro-saludables sólo pueden ser sostenibles a corto plazo, y este efecto desaparece rápidamente si no se repite la educación.

Desde luego existen discrepancias del alcance que dichos programas pueden tener en una población abierta y eso lo corrobora Hammersly y colaboradores³³, mediante su estudio podemos darnos cuenta de que tener un ambiente poco controlado debido al confinamiento, disminuye o anula la efectividad del apego a la intervención y ello se corrobora con sus intervenciones previas, en las que, ya habían mostrado un efecto significativo en el aumento del consumo de frutas y verduras y realización de actividad física en un seguimiento de 6 meses ($p=0.021$) y de 12 meses ($p<0.01$); así como una disminución del tiempo frente a la pantalla y sueño ($p<0.01$)^{33,54}. Ahora bien, otro aspecto importante es la replicación y alcance poblacional que el estudio puede tener, pues cuanto más abierto y diversificación haya, menor es el control que se puede tener^{54,55}. Este fenómeno puede deberse en parte, a la baja motivación y poco compromiso, sobre

todo en las intervenciones online que son autodirigidas y poco personalizadas, por lo que existe un bajo grado de responsabilidad y finalización del programa. Aunado a ello, el trabajo en casa y el aumento de responsabilidades hogareñas durante el confinamiento, también condicionó la baja tasa de adherencia a la intervención y mayor grado de abandono.

Así, podríamos inferir que quizás un ambiente totalmente controlado o escolarizado podría tener mayor impacto y precisamente nuestro último modelo analizado (“Escuelas del futuro”) promueven la salud en un sistema escolarizado para mejorar los hábitos dietéticos y la actividad física; sin embargo, los resultados muestran que el éxito de la intervención depende del tiempo de exposición al mismo, ya que casi no se encontraron efectos positivos en la intervención parcial, donde se asumía que la actividad física tendría un mayor impacto. Esto puede deberse a que el comportamiento de actividad física en los días de medición era variable. En ese sentido, estudios similares, también han reportado que la actividad física es favorable siempre y cuando haya una intervención dietética⁵⁶. El poco impacto de la actividad física moderada y/o vigorosa, es similar a lo reportado por otros autores con estudios de iniciativas escolares^{57,58}. Los efectos favorables de la intervención completa son remarcables para la parte dietética, pero además se muestra un efecto adverso al disminuir la actividad física ligera⁵⁹. Sin embargo, los datos son ambiguos debido a que el informe de los padres excluye el horario escolar, donde no pueden evaluar e informar con precisión el tiempo de sedentarismo o actividad física, en comparación con la evaluación de los acelerómetros, lo que es congruente con otros estudios⁶⁰. El resultado visiblemente notorio sobre el consumo de agua probablemente es resultado de la implementación de acciones adicionales que promueven la salud, como la entrega de botellas de aguas y las políticas de agua escolar. Además, el mismo efecto positivo que se observa en los patrones dietéticos, se han mostrado en diversos estudios, donde se han asociado con la probabilidad de mejorar un segundo comportamiento como el sedentarismo y el tiempo en pantalla^{61,62}. Con respecto al IMC, hay un efecto significativo tanto en la intervención parcial como en la completa, lo que evidencia que sí hay muchas pequeñas mejoras en los hábitos dietéticos y de sedentarismo, tendrán un efecto positivo^{63,64}.

Conclusiones

Dado los resultados analizados podemos decir que, el hecho de omitir los refrigerios matutinos o vespertinos influye en la sensación de hambre-saciedad y que ello conlleva a un aumento en el consumo (mordisqueo) de dulces y galletas por lo que se ve reflejado en el estado nutricional del individuo y en el impacto en el poco apego al plan dietético

o al programa de intervención. No obstante, algunos patrones dietéticos se mantienen tras la intervención, en la mayoría de los casos.

Se sabe que la educación escolar relacionada con la alimentación y el estilo de vida puede reducir la adiposidad central en preadolescentes, a pesar de la disminución de la actividad física y la tendencia a aumentar el tiempo frente a la pantalla. En lo que se refiere a los factores dietéticos, se sabe que a la adquisición de conocimientos de nutrición es mayor pero no es suficiente para aumentar los hábitos dietéticos pro-saludables, pero es evidente el cambio en la elección de una mejor alimentación. En esta área, el programa de educación de Wadalowska³⁴, fracasó, este resultado está estrechamente ligado a los hábitos dietéticos familiares bien establecidos que son difíciles de cambiar, así como la disponibilidad de alimentos en el hogar o la escuela, que, para los preadolescentes, depende en gran medida de los adultos. En conjunto, esto sugiere que, para mejorar los hábitos alimentarios pro-saludables de los preadolescentes, las actividades deben estar dirigidas a los adultos responsables de la nutrición, pero aún más importante es la periodicidad de dichos programas.

En conjunto y relacionado con lo reportado por el estudio de Hammersly³³, nos deja entrever que, si bien las intervenciones controladas son sumamente efectivas para la salud, cuando estas se trasladan a la población en general, diversas variables se escapan de nuestras manos y por lo tanto la efectividad de la intervención es menor. Finalmente, y debido a todos los percances que comprometieron el éxito del estudio, los resultados que obtuvieron no pueden ser característicos de la población en general.

Con lo anterior, es evidente la necesidad de realizar diferentes tipos de investigación para poder precisar los efectos del confinamiento causado por la pandemia en población infantil.

Recomendaciones

Se recomienda con base en los resultados obtenidos, que se lleven a cabo líneas de investigación para la elaboración de programas nutricionales, enfocados en infantes y basados en evidencia científica. Así como estudios de intervención para la inclusión de programas de nutrición en las escuelas con diferentes estratos económicos, que incluyan la promoción de la actividad física, menos tiempo ante pantallas, buenos hábitos de sueño, alimentación equilibrada y educación nutrimental para padres, ya que ellos son parte importante del apego a una buena alimentación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Consideraciones éticas

Se siguieron los lineamientos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Al respecto, las revisiones sistemáticas no contemplan consideraciones éticas debido a que se realizan con base en la información publicada, se analiza la información, misma que ya fue autorizada éticamente; además, una revisión sistemática no considera la firma de una carta de consentimiento informado por considerarse sin riesgo según el artículo 11.3 de la NOM-012-SSA3-2012.

Contribución

Conceptualización y diseño: A.H.O.; Curación de datos: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Análisis formal: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Financiamiento: A.H.O.; Metodología: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Investigación: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Recursos: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Software: A.H.O.; Supervisión: A.H.O.; Validación: A.H.O.; Visualización: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Redacción - Borrador original: D.R.Y.M., H.D.A.X., A.H.O.; Redacción revisión y edición del manuscrito: A.H.O.

Referencias

1. (WHO) WHO. Declaración del Director General de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional acerca del nuevo coronavirus (2019-nCoV). 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Gornicka M, Drywien ME, Zielinska MA, Hamulka J. Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults: A Cross-Sectional Online Survey PLifeCOVID-19 Study. *Nutrients* 2020;12. Disponible en: Doi:10.3390/nu12082324
3. Rundle AG, Park Y, Herbstman JB, Kinsey EW, Wang YC. COVID-19-Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28:1008-9. Disponible en: Doi:10.1002/oby.22813

4. Nagata JM, Abdel Magid HS, Pettee Gabriel K. Screen Time for Children and Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28:1582-3. Doi:10.1002/oby.22917
5. Pietrobelli A, Pecoraro L, Ferruzzi A, et al. Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28:1382-5. Doi:10.1002/oby.22861
6. Ashikkali L, Carroll W, Johnson C. The indirect impact of COVID-19 on child health. *Paediatr Child Health (Oxford)* 2020;30:430-7. Doi:10.1016/j.paed.2020.09.004
7. Pinho CS, Caria ACI, Aras Junior R, Pitanga FJG. The effects of the COVID-19 pandemic on levels of physical fitness. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2020;66Suppl 2:34-7. Doi:10.1590/1806-9282.66.S2.34
8. Nicodemo M, Spreghini MR, Manco M, Wietrzykowska Sforza R, Morino G. Childhood Obesity and COVID-19 Lockdown: Remarks on Eating Habits of Patients Enrolled in a Food-Education Program. *Nutrients* 2021;13. Doi:10.3390/nu13020383
9. Stival C, Lugo A, Bosetti C, et al. COVID-19 confinement impact on weight gain and physical activity in the older adult population: Data from the LOST in Lombardia study. *Clin Nutr ESPEN* 2022;48:329-35. Doi:10.1016/j.clnesp.2022.01.024
10. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018;6:e1077-e86. Doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7
11. Koletzko B, Brands B, Poston L, Godfrey K, Demmelmair H, Early Nutrition P. Early nutrition programming of long-term health. *Proc Nutr Soc* 2012;71:371-8. Doi:10.1017/S0029665112000596
12. Brands B, Demmelmair H, Koletzko B, Early Nutrition P. How growth due to infant nutrition influences obesity and later disease risk. *Acta Paediatr* 2014;103:578-85. Doi:10.1111/apa.12593
13. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev* 2014;94:1027-76. Doi:10.1152/physrev.00029.2013



14. Low FM, Gluckman PD, Hanson MA. Developmental plasticity and epigenetic mechanisms underpinning metabolic and cardiovascular diseases. *Epigenomics* 2011;3:279-94. Doi:10.2217/epi.11.17
15. Koletzko B, Brands B, Grote V, et al. Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming. *Ann Nutr Metab* 2017;70:161-9. Doi:10.1159/000477781
16. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999;19:41-62. Doi:10.1146/annurev.nutr.19.1.41
17. Russell CG, Worsley A. Why don't they like that? And can I do anything about it? The nature and correlates of parents' attributions and self-efficacy beliefs about preschool children's food preferences. *Appetite* 2013;66:34-43. Doi:10.1016/j.appet.2013.02.020
18. Symonds ME, Mendez MA, Meltzer HM, et al. Early life nutritional programming of obesity: mother-child cohort studies. *Ann Nutr Metab* 2013;62:137-45. Doi:10.1159/000345598
19. Berti C, Cetin I, Agostoni C, et al. Pregnancy and Infants' Outcome: Nutritional and Metabolic Implications. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2016;56:82-91. Doi:10.1080/10408398.2012.745477
20. Zalewski BM, Patro B, Veldhorst M, et al. Nutrition of infants and young children (one to three years) and its effect on later health: A systematic review of current recommendations (EarlyNutrition project). *Crit Rev Food Sci Nutr* 2017;57:489-500. Doi:10.1080/10408398.2014.88701
21. Bowen KJ, Sullivan VK, Kris-Etherton PM, Petersen KS. Nutrition and Cardiovascular Disease-an Update. *Curr Atheroscler Rep* 2018;20:8. Doi:10.1007/s11883-018-0704-3
22. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol* 2013;23:R401-8. Doi:10.1016/j.cub.2013.02.037
23. Montano Z, Smith JD, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN. Longitudinal relations between observed parenting behaviors and dietary quality of meals from ages 2 to 5. *Appetite* 2015;87:324-9. Doi:10.1016/j.appet.2014.12.219
24. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients* 2018;10. Doi:10.3390/nu10060706
25. Zabetakis I, Lordan R, Norton C, Tsoupras A. COVID-19: The Inflammation Link and the Role of Nutrition in Potential Mitigation. *Nutrients* 2020;12. Doi:10.3390/nu12051466
26. Pack E, Saha S. Regional anaesthesia and perioperative medicine. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020;81:1-2. Doi:10.12968/hmed.2020.0111
27. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* 2020;293:113429. Doi:10.1016/j.psychres.2020.113429
28. Chaput JP, Klingenberg L, Astrup A, Sjodin AM. Modern sedentary activities promote overconsumption of food in our current obesogenic environment. *Obes Rev* 2011;12:e12-20. Doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00772.x
29. Chao AM, Jastreboff AM, White MA, Grilo CM, Sinha R. Stress, cortisol, and other appetite-related hormones: Prospective prediction of 6-month changes in food cravings and weight. *Obesity (Silver Spring)* 2017;25:713-20. Doi:10.1002/oby.21790
30. Emerson LM, Ogielka C, Rowse G. A systematic review of the role of parents in the development of anxious cognitions in children. *J Anxiety Disord* 2019;62:15-25. Doi:10.1016/j.janxdis.2018.11.002
31. Cherikh F, Frey S, Bel C, Attanasi G, Alifano M, Iannelli A. Behavioral Food Addiction During Lockdown: Time for Awareness, Time to Prepare the Aftermath. *Obes Surg* 2020;30:3585-7. Doi:10.1007/s11695-020-04649-3
32. Urrutia G, Bonfill X. [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Med Clin (Barc)* 2010;135:507-11. Doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015
33. Hammersley ML, Wyse RJ, Jones RA, et al. Translation of Two Healthy Eating and Active Living Support Programs for Parents of 2-6-Year-Old Children: Outcomes of the 'Time for Healthy Habits' Parallel Partially Randomised Preference Trial. *Nutrients* 2021;13. Doi:10.3390/nu13103348
34. Wadolowska L, Hamulka J, Kowalkowska J, et al. Changes in Sedentary and Active Lifestyle, Diet Quality and Body Composition Nine Months after an Education Program in Polish Students Aged 11(-)12 Years: Report from the ABC of Healthy Eating Study. *Nutrients* 2019;11. Doi:10.3390/nu11020331

35. Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, Sanchez E. [A tool (corrected) for the critical appraisal of epidemiological cross-sectional studies]. *Gac Sanit* 2008;22:492-7. Doi:10.1157/13126932
36. Sidor A, Rzymiski P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients* 2020;12. Doi:10.3390/nu12061657
37. Michels N, Sioen I, Braet C, et al. Stress, emotional eating behaviour and dietary patterns in children. *Appetite* 2012;59:762-9. Doi:10.1016/j.appet.2012.08.010
38. Margaritis I, Houdart S, El Ouadrhiri Y, Bigard X, Vuillemin A, Duche P. How to deal with COVID-19 epidemic-related lockdown physical inactivity and sedentary increase in youth? Adaptation of Anses' benchmarks. *Arch Public Health* 2020;78:52. Doi:10.1186/s13690-020-00432-z
39. Lopez-Bueno R, Lopez-Sanchez GF, Casajus JA, et al. Health-Related Behaviors Among School-Aged Children and Adolescents During the Spanish Covid-19 Confinement. *Front Pediatr* 2020;8:573. Doi:10.3389/fped.2020.00573
40. Pellegrini M, Ponzio V, Rosato R, et al. Changes in Weight and Nutritional Habits in Adults with Obesity during the "Lockdown" Period Caused by the COVID-19 Virus Emergency. *Nutrients* 2020;12. Doi:10.3390/nu12072016
41. Eichmann TBaK. Effectiveness of a child-only and a child-plus-parent nutritional education program *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2014;7:229-37. https://www.researchgate.net/publication/262485980_Effectiveness_of_a_child-only_and_a_child-plus-parent_nutritional_education_program
42. Pearson M, Chilton R, Wyatt K, et al. Implementing health promotion programmes in schools: a realist systematic review of research and experience in the United Kingdom. *Implement Sci* 2015;10:149. Doi:10.1186/s13012-015-0338-6
43. Hung LS, Tidwell DK, Hall ME, Lee ML, Briley CA, Hunt BP. A meta-analysis of school-based obesity prevention programs demonstrates limited efficacy of decreasing childhood obesity. *Nutr Res* 2015;35:229-40. Doi:10.1016/j.nutres.2015.01.002
44. Sobol-Goldberg S, Rabinowitz J, Gross R. School-based obesity prevention programs: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21:2422-8. Doi:10.1002/oby.20515
45. Stelmach-Mardas M, Mardas M, Walkowiak J, Boeing H. Long-term weight status in regainers after weight loss by lifestyle intervention: status and challenges. *Proc Nutr Soc* 2014;73:509-18. Doi:10.1017/S0029665114000718
46. Baker PR, Francis DP, Soares J, Weightman AL, Foster C. Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD008366. Doi:10.1002/14651858.CD008366.pub2
47. Whelan J, Love P, Pettman T, et al. Cochrane update: Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: identifying key elements to provide guidance. *J Public Health (Oxf)* 2014;36:347-51. Doi:10.1093/pubmed/fdu027
48. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR, Kohl HW, 3rd. Physical activity change during adolescence: a systematic review and a pooled analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:685-98. Doi:10.1093/ije/dyq272
49. Huhman M, Lowry R, Lee SM, Fulton JE, Carlson SA, Patnode CD. Physical activity and screen time: trends in U.S. children aged 9-13 years, 2002-2006. *J Phys Act Health* 2012;9:508-15. Doi:10.1123/jpah.9.4.508
50. Xu H, Wen LM, Rissel C. Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *J Obes* 2015;2015:546925. Doi:10.1155/2015/546925
51. Sorenson AK, Kendra; Meendering, Jessica; Kabala, Celine; Mathews, Douglas; Olfert, Melissa; Colby, Sarah; Franzen-Castle, Lisa; White, Adrienne Assessment of Physical Activity in 9-to 10-Year-Old Children Participating in a Family-Centered Intervention. *Topics in Clinical Nutrition* 2015;30:159-66. Doi:10.1097/TIN.0000000000000032
52. Van Hecke L, Loyen A, Verloigne M, et al. Variation in population levels of physical activity in European children and adolescents according to cross-European studies: a systematic literature review within DEDIPAC. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2016;13:70. Doi:10.1186/s12966-016-0396-4
53. Biddle SJ, Garcia Bengoechea E, Wiesner G. Sedentary behaviour and adiposity in youth: a systematic review of reviews and analysis of causality. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14:43. Doi:10.1186/s12966-017-0497-8

54. Hammersley ML, Okely AD, Batterham MJ, Jones RA. An Internet-Based Childhood Obesity Prevention Program (Time2bHealthy) for Parents of Preschool-Aged Children: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2019;21:e11964. Doi:10.2196/11964
55. Loudon K, Treweek S, Sullivan F, Donnan P, Thorpe KE, Zwarenstein M. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. *BMJ* 2015;350:h2147. Doi:10.1136/bmj.h2147
56. Rychetnik L, Bauman A, Laws R, et al. Translating research for evidence-based public health: key concepts and future directions. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:1187-92. Doi:10.1136/jech-2011-200038
57. Langford R, Bonell C, Jones H, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15:130. Doi:10.1186/s12889-015-1360-y
58. Metcalf B, Henley W, Wilkin T. Effectiveness of intervention on physical activity of children: systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes (*EarlyBird* 54). *BMJ* 2012;345:e5888. Doi:10.1136/bmj.e5888
59. Van Kann DHH, Kremers SPJ, de Vries NK, de Vries SI, Jansen MWJ. The effect of a school-centered multicomponent intervention on daily physical activity and sedentary behavior in primary school children: The Active Living study. *Prev Med* 2016;89:64-9. Doi:10.1016/j.ypmed.2016.05.022
60. Shephard RJ. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *Br J Sports Med* 2003;37:197-206; discussion Doi:10.1136/bjism.37.3.197
61. Rowland TW. The biological basis of physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:392-9. Doi:10.1097/00005768-199803000-00009
62. Mata J, Silva MN, Vieira PN, et al. Motivational "spill-over" during weight control: increased self-determination and exercise intrinsic motivation predict eating self-regulation. *Health Psychol* 2009;28:709-16. Doi:10.1037/a0016764
63. Schulz DN, Kremers SP, van Osch LA, Schneider F, van Adrichem MJ, de Vries H. Testing a Dutch web-based tailored lifestyle programme among adults: a study protocol. *BMC Public Health* 2011;11:108. Doi:10.1186/1471-2458-11-108
64. Hill JO, Wyatt HR, Melanson EL. Genetic and environmental contributions to obesity. *Med Clin North Am* 2000;84:333-46. Doi:10.1016/s0025-7125(05)70224-8

