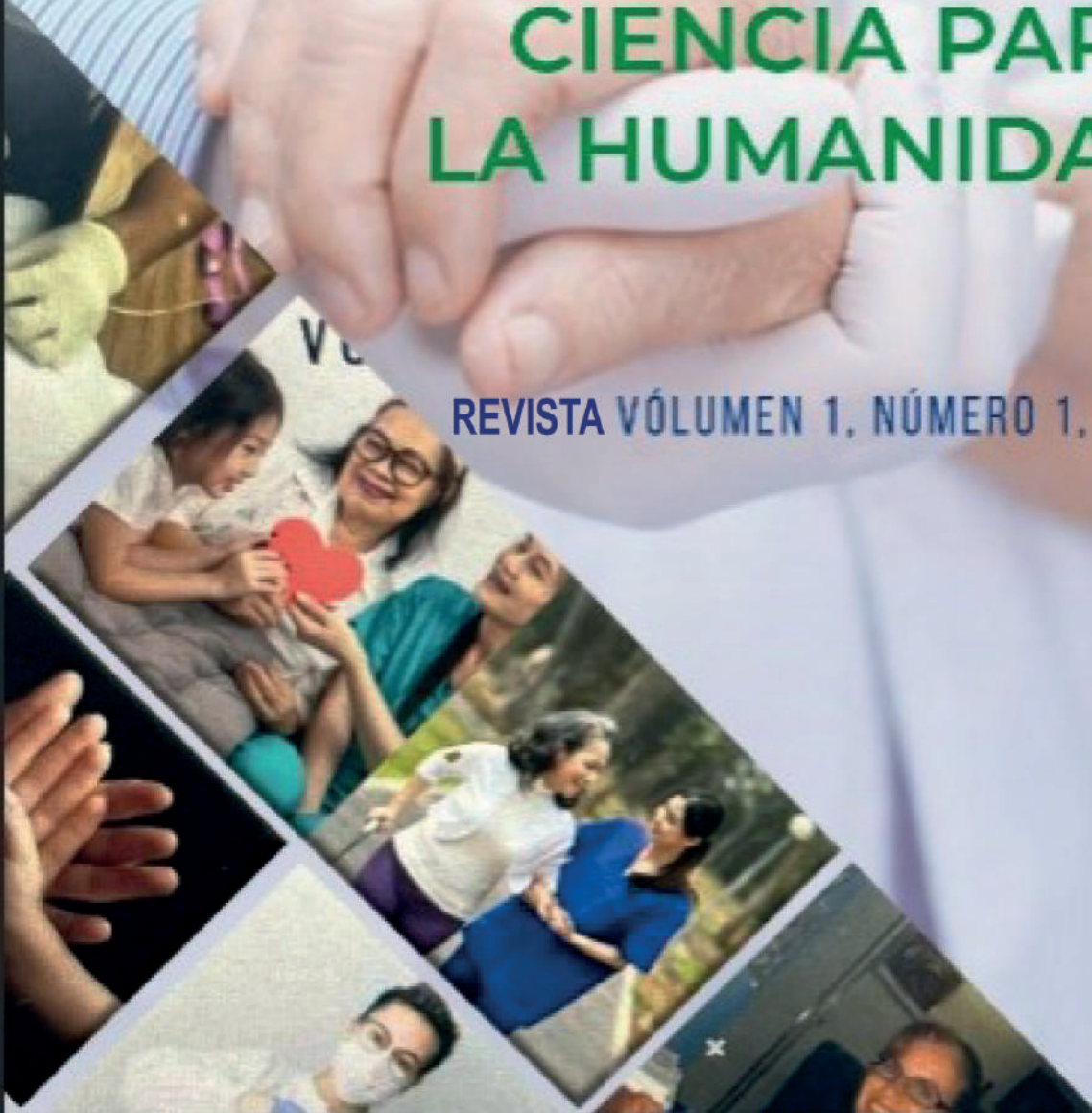




FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS
DE ENFERMERÍA A.C.
UNIDAD, HUMANISMO Y CIENCIA POR LA SOCIEDAD

ENFERMERÍA, CIENCIA PARA LA HUMANIDAD

REVISTA VOLUMEN 1, NÚMERO 1, 2024





EDITORIAL

La Revista "Enfermería, Ciencia Para La Humanidad", es una revista de nueva creación y es el órgano de difusión de la federación mexicana de Colegios de Enfermería, A.C. (FEMCE). Representa el esfuerzo de un grupo de profesionales de Enfermería comprometidos con el quehacer científico.

Tiene como propósito servir para dar a conocer los logros relacionado con la vida académica de los Colegios que conforman la FEMCE, así como impulsar los procesos de investigación y sistematización del hacer profesional de Enfermeras(os) dando cabida a artículos resultados de investigaciones efectuadas en el campo de la salud en general y de la Enfermería en particular, que se realizan a nivel local, regional, nacional e internacional y que abordan temáticas relacionados con las ciencias y el arte, de temática libre.

También podrán ser incluidos estudios de casos, descripción y/o análisis de situaciones relacionadas con el medio ambiente y la comunidad con temas de interés científicos, sociales, artísticos y humanístico. La publicación de esta revista será digital y la podrá encontrar en el sitio web de FEMCE, la misma se publicará de manera cuatrimestral, a partir de esta fecha en que se presenta el primer número.

Mtra. Ma. Rafaela Lazcano Pérez
PRESIDENTA DE LA FEMCE

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR JEFE

DCE. Pedro Enrique Trujillo Hernández

EDITORES/ASOCIADOS

DCS. María Ascención Tello García

DSP. Ma. Teresa Maldonado Guiza

DCE. Dafne Astrid Gómez Melasio

MIDE. Civia Guadalupe Pool Bass

LE. Martha Elena Medina Espinoza

DCE. Eva Kerena Hernández Martínez

DCE. Alejandra Leija Mendoza

DSP. Braulio Josué Lara Reyes

DCE. Nancy Griselda Pérez Briones

DCV. Mireya del Carmen González Á.

MAGSE. San Juana María Llanas Olivares

DSP. Isai Arturo Medina Fernández

EECI. Francisco Javier Echevarría Cerda

Dra. Yolanda Flores Peña

MCE. Mary Cruz Ortiz Peña

DCE. Nancy Griselda Pérez Briones

DCV. Mireya del Carmen González
Álvarez

MAGSE. San Juana María Llanas Olivares

DSP. Isai Arturo Medina Fernández

EECI. Francisco Javier Echevarría Cerda

Dra. Yolanda Flores Peña

MCE. Mary Cruz Ortiz Peña

MGA. María Silvia Gutiérrez Servín

ESP. Guadalupe Visenteño Murillo

ME. Patricia Padilla Ríos.



CONTENIDO

	Pagina
LA GESTIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.	5
Autores: Mirna Nalley Jiménez Cantú, María Ascención Tello García; Nancy Griselda Pérez Briones.	
RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y PESO CORPORAL EN ADULTOS JÓVENES	10
Autores: Angela Estefanía Molina Rangel y Roberto Castellón Jaime.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ SECUNDARIA A MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA	18
Autores: Hortensia Garduño-García; Ma Guadalupe Barragán-López; Josefina Valenzuela- Gandarilla; Marbella Damián-Gómez; Josué Vargas-Peña y Yanitzia Álvarez-Reyes.	
INTERDEPENDENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS FORÁNEOS	36
Autores: Jennifer Samantha Jiménez Sánchez; Fabiola Elizabeth Cortes Medina; Ana Mercedes Altamirano Solís; Braulio Josué Lara Reyes y Néstor Humberto Obregón Sánchez.	
SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS	47
Autores: Daniela Rodríguez Iruegas; Lidia Ivonne Valdez Delgado; Nancy Griselda Pérez Briones; Linda Azucena Rodríguez Puente y Dafne Astrid Gómez Melasio	
CONSUMO DE TABACO Y RENDIMIENTO ACADEMICO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	65
Autores: Juan Daniel Domínguez García; Alejandra Leija Mendoza; Nancy Griselda Pérez Briones y Eva Kerena Hernández Martínez.	
CUIDADO DE SÍ Y SU RELACIÓN CON LA TEORÍA TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON	73
Autores: Uriarte-Ontiveros Silvia y Corral-Quiroz Rosalba de Jesús.	



DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	82
Autores: Isaí Arturo Medina Fernández; Josué Arturo Medina Fernández; Braulio Josué Lara Reyes; Néstor Humberto Obregón Sánchez; María Isabel Méndez Domínguez y María Magdalena Delabra Salinas.	
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA CON RELACIÓN A SÍNTOMAS DEPRESIVOS	88
Autores: Wendy Lizbeth Beltrán González y Diana Rosario Gaona de la Cruz	
ESTRATEGIAS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL DE LAS EMOCIONES DEL HIJO PREESCOLAR DE PADRES/MADRES RESIDENTES EN EL NORESTE DE MÉXICO	98
Autores: Verónica Soriano-Hernández; Yolanda Flores-Peña; Natanael Rascón-Caraveo y Juana M. Gutiérrez-Valverde.	
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL	104
Autores: Belén Yuceline Medina Quiroz; Alejandro Rene Robles; Isaí Arturo Medina Fernández; Braulio Josué Lara Reyes.	
LACTANCIA MATERNA Y SU PROMOCIÓN EN EL QUEHACER DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRATIVA.	118
Autores: Andrea Paola Puente Galindo; Jorge Israel Reyes Castañuela y Estrella Xiomara Muñiz Martínez.	

LA GESTIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

THE MANAGEMENT OF HUMANIZED NURSING CARE IN HOSPITAL SERVICES

María Ascensión Tello García¹, Nancy Griselda Pérez Briones¹, Mirna Nalley Jiménez Cantú².

1. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo". Universidad Autónoma de Coahuila.
2. Estudiante de Licenciatura en Enfermería. Escuela Superior Valle de Candamo. Monclova Coahuila.

Introducción

La humanización de la atención es un tema significativo de carácter nacional e internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), verifica que los avances científicos y tecnológicos han repercutido en el cuidado que se ofrece a los pacientes, por lo que la atención interpersonal se ve afectada. Jean Watson autora de la teoría del cuidado humano define el cuidado humanizado como: Un entorno dinámico y flexible el cual requiere premisas preventivas para evitar la desestabilización de sus bases humanas y científicas que pueden generar problemas en la humanización de la atención, por lo que es necesario que se rescate la cualidad humana en el profesional de enfermería⁽¹⁾.

Sin embargo, la práctica profesional de enfermería en el arte de cuidar se sostiene en un paradigma positivista dando relevancia a la técnica y dejando de lado a la persona en su necesidad integral de cuidado. De este modo se debe reflexionar que, ante el incremento de la deshumanización, lo humano y holístico en el cuidado enfermero son indispensables. De ahí que las competencias de comunicación y la relación interpersonal representan elementos fundamentales en el cuidado humanizado. La comunicación utilizada como un proceso comunicativo e interactivo y la relación interpersonal con el intercambio de información que favorezca la confianza, expresión de emociones y sensación de bienestar del paciente⁽²⁾.

La atención del paciente hospitalario lo realiza un equipo multidisciplinario de salud, entre ellos está el profesional de enfermería, el cuidado es el objeto de estudio de este profesional, con un compromiso de cuidar de manera humanizada, contando con competencias que favorecen a la recuperación de la salud de las personas. Las políticas de humanización que se están proponiendo en las instituciones de salud garantizan una atención holística, con respeto, privacidad y dignidad al paciente, su familia y a las personas que integran la organización. El actuar de enfermería evidencia el cuidado humanizado en su trato que ofrece

en la atención del paciente hospitalario con calidez, empatía, amabilidad, compromiso, solidaridad y disposición para realizar un cuidado efectivo. Sin embargo, en ocasiones se visualiza que todo esto queda en un plano secundario porque intervienen una serie de elementos del proveedor de la atención ⁽³⁾.

El brindar un cuidado humanizado es un reto continuo para evitar caer en la deshumanización, hay una serie de factores que hacen compleja la calidad de los cuidados entre ellos están: los tiempos de espera prolongados, la falta de sensibilidad en la atención, los climas organizacionales estresantes donde se labora con falta de recursos humanos, largas jornadas de trabajo, aumento de actividades administrativas, delegación de tareas que no corresponden al personal de enfermería, falta de tiempo necesario al usuario para aclarar dudas así como el tiempo adecuado para realizar todos los cuidados ⁽⁴⁾.

Reflexionando en la deshumanización del cuidado en las instituciones de salud, esta se puede deber a muchas causas una de ellas son los factores psicosociales laborales que afectan en la salud del personal que está trabajando y como consecuencia convertirse en riesgos psicosociales que pueden repercutir en el trabajo que realizan los enfermero/as. Por otro lado, los riesgos psicosociales han traído un incremento de problemas mentales en el personal de salud. Mas aún estos riesgos se relacionan con las nuevas estructuras de organización, relaciones laborales y nuevas tecnologías que conlleva a un desgaste físico y mental que en ocasiones traspasa el límite entre la vida laboral y la personal ⁽⁵⁾.

En las instituciones públicas y privadas, reconocer la calidad con que se otorgan los servicios se refleja en una atención eficiente, oportuna, individualizada y humanizada. El personal de enfermería es el primero que identifica las necesidades de los pacientes de acuerdo con los cuidados que reciben, de ahí la importancia de la creación de estrategias de cuidado con calidad humanizada. Atender los cuidados de salud que requieren los pacientes en el ámbito hospitalario es una actividad esencial del personal de enfermería porque están en contacto directo por más tiempo en las estancias hospitalarias de los usuarios ⁽⁶⁾.

Percepción del cuidado humanizado de enfermería visto desde los usuarios hospitalizados

La disciplina de enfermería se identifica como la ciencia y el arte de cuidar donde se involucran no solo las competencias técnicas sino también el sentido humano al realizar la atención a las personas en todas sus dimensiones: física, mental, social, emocional y espiritual. Watson visualiza que, por las nuevas estructuras, modelos hospitalarios y el incremento de la tecnología, se puede presentar una deshumanización en los ámbitos hospitalarios, por lo que recomienda que el profesional de enfermería recobre su elemento humano, espiritual y transpersonal. Por otra parte, la gestión del cuidado es aquella donde se cuenta con todas las competencias personales y profesionales que tienen como objetivo ofrecer un cuidado de

calidad a los usuarios, sus valores, derechos y cultura, así como sus necesidades de salud. Por otro lado, se debe de cuidar la dignidad de las personas al recibir un trato adecuado de calidad y de manera holística, cada integrante del equipo de salud estará atento a realizar la atención tomando en cuenta a la persona como centro del cuidado, respetando la intimidad y la sensibilidad de los usuarios ⁽⁷⁾.

En consonancia con lo anterior en un estudio realizado sobre Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería, se aplicó un instrumento con tres dimensiones: calidad del quehacer del cuidado, disposición de la atención y comunicación, los resultados que se obtuvieron evidenciaron una buena percepción sobre el cuidado humanizado de las personas hospitalizadas, la dimensión que obtuvo mayor puntaje promedio fue la calidad del quehacer de enfermería, esto se puede deber a los procesos de acreditación por los que pasan los hospitales donde se solicitan realizar cuidados de alta calidad, refleja también que enfermería tiene un buen trato y lleva una relación interpersonal de calidad con el paciente. En contraste con la dimensión de la percepción positiva de la comunicación que obtuvo un menor puntaje promedio evidenciando así que esta es un área de oportunidad de mejora para seguirse fortaleciendo. Esta dimensión debe ser revisada minuciosamente ya que de acuerdo con la teoría de Watson la comunicación representa un aspecto fundamental en el cuidado humanizado ⁽⁸⁾.

Por otro lado, en otro estudio sobre la Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados, se obtuvieron resultados parecidos ya que la dimensión mejor evaluada también fue "Cualidades del hacer de enfermería" en los que se destaca el respeto y la dignidad; la dimensión "Apertura a la comunicación enfermera-paciente", alcanzó un menor puntaje esto nos dice que hay deficiencia en la relación interpersonal enfermera/o-paciente, por último la dimensión "disposición para la atención" también con puntaje bajo perciben la disponibilidad de la enfermera/o para administrar a tiempo los medicamentos pero también la falta de calidez del personal para atender las necesidades psicológicas y espirituales. Por lo tanto, al realizar la gestión del cuidado humanizado es importante ofrecer medidas de comodidad, de atención al paciente en sus necesidades biológicas, fisiológicas y emocionales de una manera integral, que favorezcan a una pronta recuperación ⁽⁹⁾.

Conclusiones

En los entornos hospitalarios es indispensable recuperar el cuidado humanizado ya que en la práctica y en la formación de los recursos profesionales de salud se sigue observando el paradigma positivista. Es indispensable realizar acciones en pro de las metodologías participativas cualitativas a profundidad con la finalidad de mejorar el aprendizaje en

competencias de comunicación y emocionales. Asimismo, para llevar a cabo lo anterior se debe participar en un cambio práctico y formativo, incluyendo en el plan de estudio programas que integren las competencias emocionales y de comunicación en la carrera de enfermería, así como en la trayectoria profesional. Las habilidades en la comunicación en el cuidado humanizado de enfermería se requieren para fortalecer y mejorar el diálogo entre el usuario y el personal de salud. De esta forma el usuario tiene la confianza de solicitar información que considere necesaria para aclarar sus dudas.

Por lo tanto, la realización de intervenciones educativas para incrementar el conocimiento sobre cuidado humanizado se considera que son necesarias tanto en el personal de enfermería en formación como en el personal que labora en las instituciones de salud para mejorar la calidad de los cuidados que se otorguen en la atención de los pacientes. Para el personal de enfermería es importante fortalecer su desempeño y entusiasmo para realizar el cuidado de una manera positiva dando identidad y posicionamiento de la profesión, para una atención oportuna y de calidad donde se entregue un cuidado holístico y no solo para cubrir una necesidad física.

Bibliografía

1. Oviedo, A. D., Delgado, I. A. V., & Licona, J. F. M. (2020). Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Escola Anna Nery*, 24, e20190238.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>
2. Díaz-Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar García, D., Puertas Cristóbal, E., & CanoValera, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 19(58), 640-672. <https://dx.doi.org/eglobal.392321>
3. Caicedo-Lucas, L. I., Mendoza-Macías, C. E., Moreira-Pilligua, J. I., & Ramos-Arce, G. C. (2023). Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14), 17-29.
<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>
4. Ortiz, E. M. P., Cruz, J. V. D. M., Montañez, R. A. C., & Buitrago, C. Y. B. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciência y Cuidado*, 18(1), 94-104.

5. Ramos Guajardo, S., & Ceballos Vásquez, P. (2018). Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 3-16.
<https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>
6. Hernández Terrazas, L. E., Díaz Oviedo, A., Martínez Licona, J. F., & Gaytan Hernandez, D. (2018). Educación de enfermería en el cuidado humanizado. *Escola Anna Nery*, 22. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0275>
7. Monje, P., Miranda, P., Oyarzún, J., Seguel, F., & Flores, E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
8. Melita-Rodríguez, A., Jara-Concha, P., & Moreno-Monsiváis, M. G. (2021). Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 89-105. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2481>
9. Vásquez, D. E. G., & Alcántara, E. L. (2019). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 6(2), 68-82.
<https://doi.org/10.35383/cietna.v6i2.258>

RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y PESO CORPORAL EN ADULTOS JÓVENES

RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND BODY WEIGHT IN YOUNG ADULTS

Angela Estefanía Molina Rangel¹, Roberto Castellón Jaime²

1. Estudiante de Licenciatura en Enfermería. Dr. Santiago Valdés Galindo. Universidad Autónoma de Coahuila
2. Estudiante de la Facultad de Medicina Unidad Saltillo. Universidad Autónoma de Coahuila

Resumen

Este estudio investigó la relación entre la ansiedad y el peso corporal en adultos jóvenes de 18 a 25 años en la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo Unidad Saltillo. Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional transversal y se recolectaron datos de 50 participantes mediante instrumentos de medición de ansiedad y mediciones antropométricas. Los resultados indicaron una relación significativa entre la ansiedad y el peso corporal, lo que sugiere la importancia de abordar ambos factores en la promoción de la salud mental y física en adultos jóvenes. Se recomienda realizar futuras investigaciones con muestras más grandes y diversificadas para obtener una comprensión más completa de esta relación.

Palabras clave: Ansiedad, sobrepeso, obesidad, adulto

Abstract:

This research examined the relationship between anxiety and body weight in young adults aged 18 to 25 years at the Dr. Santiago Valdés Galindo School of Nursing. A descriptive, cross-sectional, correlational design was used, and data was collected from 50 participants using anxiety and anthropometric measurement instruments. The results indicated a significant relationship between anxiety and body weight, suggesting the importance of addressing both factors in the promotion of mental and physical health in young adults.

Future research with larger and more diversified samples is recommended to obtain a more complete understanding of this relationship.

Keywords: Anxiety, overweight, obesity, adult

Introduction

La ansiedad (AD) se considera un trastorno de salud mental que se encuentra entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes en el mundo¹. En el año 2015 el número total obtenido de personas con trastornos de ansiedad a nivel mundial fue de 264 millones. Esto refleja un aumento de 14.9% desde el año 2005 a causa del crecimiento y envejecimiento de la población². La AD como trastorno de salud mental puede tener consecuencias, especialmente en jóvenes, esto podría perjudicarlos durante su vida adulta, tanto en su salud física o mental, ya que restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro³. Se estima que en México al menos 14.3% de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más común en el país, le sigue la depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de 9%.³

Respecto a la obesidad (OB), este es un problema de salud complejo ya que aumenta rápidamente y se le considera como una enfermedad o estado patológico con más crecimiento e impacto a nivel mundial⁴. En los últimos 20 años se ha registrado un incremento acelerado en los diferentes grupos de edades, sin distinción territorial o nivel socioeconómico. La OB se define como un aumento en el índice de masa corporal (IMC) que puede poner en riesgo la salud; este es un indicador para tener una relación entre el peso y la talla. Se utiliza frecuentemente para identificar el SP y OB⁴.

Métodos

Para el presente estudio se aplicará un diseño descriptivo, correlacional transversal, debido a que se pretende identificar la relación entre la ansiedad y obesidad en adultos jóvenes. La población está conformada por adultos jóvenes de 18 a 25 años de ambos sexos que cursen cualquier semestre de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo Unidad Saltillo. El tamaño de la muestra fue de 50 personas, calculado en base a los alumnos inscritos en el tiempo en que se hizo la recolección de datos. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de exclusión se tomaron adultos jóvenes que refieran en la hoja de datos sociodemográficos estar embarazadas. Jóvenes diagnosticados con alguna enfermedad como: diabetes, cáncer, paraplejia y/o cardiopatía, puesto que son padecimientos que pueden alterar el crecimiento y/o peso corporal del adolescente. Estar tomando algún fármaco para el control del peso y, ansiedad.

Se realizó una cédula de datos personales (CDP) que incluía preguntas como edad, sexo, semestre que cursa, enfermedades, en caso de padecer alguna especificar el tipo de tratamiento. Para medir los síntomas de ansiedad se evaluó con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) de Beck.⁵ Está diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad

generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico.

Consiste en 21 ítems, cada uno posee una escala tipo Likert de cero a tres, con un rango de puntuación entre 0 y 67. Donde 1= en absoluto, 2= levemente, 3= moderadamente y 4= severamente. Una puntuación de 0-7:ansiedad mínima, 8-15:ansiedad leve, 16-25:ansiedad moderada, 26-67:ansiedad grave. Y las mediciones antropométricas fueron aquellas donde se midió el peso y la talla de los estudiantes siguiendo un protocolo establecido, para el peso se usó una báscula SECA 813 y la talla con un estadímetro SECA 213. Con estos datos se calculó el IMC de los participantes y se clasificó de acuerdo con la OMS en: bajo peso: un IMC < 18.5, peso normal un IMC de 18.5-24.9, sobrepeso: un IMC de 25-29.9, obesidad un IMC > 30. Posterior la aplicación de la encuesta se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo Unidad Saltillo (FAENUS) de la Universidad Autónoma de Coahuila. Las personas que aceptaron participar dieron su consentimiento informado por escrito y procedieron a contestar la cedula de datos personales para posteriormente pasar al espacio adecuado en las instalaciones para tomar las medidas antropométricas. El tiempo aproximado de llenado fue de 10 - 15 minutos y para garantizar el anonimato no se recopilaban datos personales que pudieran permitir la identificación de los participantes.

Para caracterizar la muestra de estudio se utilizaron análisis descriptivos (medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes). Se obtuvo un alfa de Cronbach para obtener la fiabilidad del instrumento. Con la finalidad de determinar la asociación entre las variables ansiedad y peso corporal sobrepeso u obesidad (SP-OB).

El presente estudio se apegó a los lineamientos del Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, a fin de asegurar el respeto de la dignidad de los sujetos, la protección de sus derechos y el uso de consentimiento informado. Así como el artículo 17 fracción II, esta investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se tomaron mediciones antropométricas (peso y talla) lo que podría ocasionar que el participante sufra una caída.

Resultados

En la tabla 1 se observa la consistencia mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento utilizado en la presente investigación, donde se observan valores de confiabilidad.

Tabla 1. *Consistencia interna de los cuestionarios*

Cuestionario	No. de reactivos	<i>a</i>
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	21	.91

Nota: a = Alpha de Cronbach

En la Tabla 2 se describen datos sociodemográficos con respecto a la población, donde el 29.8% ($f= 17$) era masculina y el 57.9% ($f= 33$) era femenina. En cuanto a la edad mínima es de 18 años y la máxima de 30 años, de los cuales en su mayoría cursan el 5 semestre ($f= 26.3$).

Tabla 2. *Características generales de los participantes*

Características	(f)	(%)
Sexo		
Femenino	33	57.9
Masculino	17	29.8
Edad		
18	9	15.8
19	16	28.1
20	11	19.3
21	4	7.0
22	8	14.0
24	1	3.0
28	1	1.8
30	1	1.8
Semestre que cursa		
2do semestre	9	15.8
3er semestre	9	15.8
4to semestre	7	12.3
5to semestre	15	26.3
6to semestre	5	8.8
7mo semestre	4	7.0
8to semestre	1	1.8

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 3 con respecto al nivel de ansiedad, donde se observa que el 1.8% ($f= 1$) de los participantes presentó ansiedad mínima, así como el 14.0% ($f= 8$) presentó ansiedad leve, sin embargo, el 24.6% ($f= 14$) presentó ansiedad moderada mientras que el 47.4% ($f = 27$) presentó ansiedad grave.

Tabla 3. *Prevalencia de síntomas de ansiedad*

Variable	(f)	(%)
Ansiedad		
Mínima	1	1.8
Leve	8	14.0
Moderada	14	24.6
Grave	27	47.4

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 4 con respecto a estado nutricional se observa que el 42.1% ($f=24$) de los participantes tiene un peso normal mientras que el 33.3% ($f=19$) de ellos tiene sobrepeso, así como el 12.3% ($f=7$) de ellos tienen obesidad.

Tabla 4. *Prevalencia de estado nutricional*

Variable	(f)	(%)
Estado nutricional		
Bajo peso	0	0
Normal	24	42.1
Sobrepeso	19	33.3
Obesidad	7	12.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 5 se hizo un análisis de correlación de Spearman, donde se observa que se encontró correlación significativa y positiva entre el IMC y nivel de ansiedad ($r^2 = .742^{**}$, $p = .001$). Es decir que, a mayor IMC, mayor será el nivel de ansiedad entre los participantes.

Tabla 5. *Análisis de correlación Rho de Spearman del IMC y ansiedad*

		Nivel de ansiedad
IMC	r^2	.742**
	p	.001

Nota: $p = .010^{**}$

Discusión

Se identificó una prevalencia global de 33.3% en SP y 12.3% en OB. La cual está por debajo de la reportada en la última recolección de datos ENSANUT⁶ donde la prevalencia fue del 38.3% en SP y 36.9% en OB. En el caso del porcentaje por sexo, los adultos jóvenes las mujeres 57.9% fueron las que más sufren de esta condición en comparación con los hombres 29.8%, datos similares a los de Sánchez; Gutiérrez⁷. debido a que en los últimos años se han reportado más estudios que afirman más casos de SP-OB en mujeres.

En cuanto al objetivo dos, la prevalencia de AD en este estudio fue de 1.8% en AD mínima, así como el 14.0% que presentó AD leve, sin embargo, el 24.6% presentó AD moderada, mientras que el 47.4% presentó AD grave, observada más elevada que la reportada por la ENBIARE⁶. la cual captó que 19.3% de la población adulta tiene síntomas de AD severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de AD mínima o en algún grado. Datos similares a los de Rodríguez⁸. que refieren existe un mayor nivel de ansiedad en la población femenina. El instrumento que utilizó Rodríguez⁵. al igual que en este estudio fue el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que tiene puntos más concisos para considerar presencia de síntomas de ansiedad.

Por último, con relación al objetivo general identificar la relación entre la AD y el SP-OB en adultos jóvenes, se identificó que existe una relación positiva entre ambos entre el nivel de ansiedad e IMC ($r^2 = .742^{**}$, $p = .001$). Esto es congruente con lo descrito con lo reportado por Rodríguez⁸. quien encontró una relación significativa entre la ansiedad y SP-OB. Rodríguez⁸. al igual que Pompa & Meza⁹. Encontró asociación significativa entre SP-OB y AD ($r^2 = .385$, $p = 0.001$) en 601 estudiantes entre los 11 y 21 años.

El resultado de la relación encontrada entre la AD y el SP-OB fue posible discutirlo con algunos hallazgos de otros estudios ya que abordan las mismas variables excluyendo las que no son de interés para este estudio, los resultados de esta investigación fueron congruentes y benéficos dentro de lo planeado por el autor de esta investigación.

Conclusiones

El IMC tuvo relación significativa con el nivel de ansiedad de los participantes, lo que permite concluir que estas dos variables podrían estar relacionadas, quiere decir que a un mayor nivel de AD esto contribuye al desarrollo, mantenimiento o empeoramiento de alguna alteración en el IMC. Se demostró que la AD se presenta de forma constante y tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres¹⁰., cabe recalcar que así mismo se relaciona con el IMC y estado nutricional de forma con una mayor prevalencia en mujeres, esto puede ser debido a otros factores como las hormonas femeninas, el tejido adiposo, o factores psicosociales. La AD se

encuentra entre los principales problemas de salud mental en México y en el mundo, esta afecta a personas de cualquier edad, desde niños hasta adultos mayores¹². Para esto hay diferentes tipos de ansiedad que se presentan con frecuencia y diferentes síntomas. A pesar de ello siempre se presentan o interfieren con la vida diaria de la persona.

Referencias

1. OMS. Sobrepeso y Obesidad [Internet]. Who.int. 2021 [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. OMS. Día Mundial de la Salud [Internet]. Who.int. 2017 [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
3. Trastorno de la ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación [Internet]. Nih.gov. 2017 [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-laspreocupaciones-new/index.shtml>.
4. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev [Internet]. 1988;8(1):77–100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735888900505>
5. INEGI. Estudio sociodemografico [Internet]. Org.mx. 2021 [citado el 18 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
6. Chávez BEA, Vera MFJ, Hidalgo KEM. La ansiedad y su relación con la conducta alimentaria en personas con obesidad. Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. el 7 de julio de 2019; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9089187>
7. Blandón S, Alejandro D. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA ASOCIADOS A SOBREPESO/ OBESIDAD EN ESTUDIANTES DE DOS UNIVERSIDADES MEXICANAS. Hacia Promoc Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3091/309149631011/309149631011.pdf>
8. Pompa Guajardo EG, Meza Peña C. Ansiedad, Estrés y Obesidad en una muestra de adolescentes de México Anxiety, Stress and Obesity in a sample of adolescents in



- Mexico. Univ Psychol [Internet]. 2017;16(3):1. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/647/64752604018/64752604018.pdf>
9. Cano Garcinuño A, Alberola López S, Casares Alonso I, Pérez García I. Desigualdades sociales en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2010 [citado el 18 de enero de 2024];73(5):241–8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-desigualdades-sociales-prevalencia-sobrepeso-obesidad-articulo-S169540331000305X>
 10. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2017). 2017 [citado el 18 de enero de 2024]; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115724>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ SECUNDARIA A MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA

NURSING INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH MOTOR DISABILITY SECONDARY TO CENTRAL PONTINE MYELINOLYSIS

Hortencia Garduño-García¹; Ma Guadalupe Barragán-López¹; Josefina Valenzuela-Gandarilla¹; Marbella Damián-Gómez¹; Josué Vargas-Peña¹ y Yanitzia Álvarez-Reyes¹

¹*Profesor de Asignatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. Correo electrónico: hortencia.garduno@umich.mx*

¹*Profesor de Asignatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. Correo electrónico: guadalupe.barragan@umich.mx*

¹*Profesor e Investigador Titular. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. Correo electrónico: josefina.valenzuela@umich.mx*

¹*Profesor e Investigador. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. Correo electrónico: marbella.damian@umich.mx*

¹*Profesor de Asignatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. Correo electrónico: josue.vargas@umich.mx*

¹*Profesor de Asignatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. Correo electrónico: yanitzia.alvarez@umich.mx*

Resumen

Introducción: La Mielinolisis Central Pontina es una enfermedad desmielinizante no inflamatoria caracterizada por destrucción de las vainas de mielina a nivel del Puente de Varolio. Ocasiona lesiones desmielinizantes a nivel de ganglios basales, se denomina síndrome de desmielinización osmótica, enfermedad poco frecuente con incidencia entre los 30 a 50 años; sin predominio de género. La cual puede presentarse en niños, asociándose a diversos factores: personas alcohólicas crónicas y/o desnutridas, corrección rápida de una disnatremia, fármacos, procedimientos quirúrgicos, polidipsia psicógena y anorexia nerviosa. Enfermería aplica el método estandarizado y sistematizado a través del Proceso de Enfermería para plasmar los conocimientos y habilidades al diagnosticar y tratar las respuestas humanas reales y potenciales alteradas. El objetivo fue aplicar el Proceso de Enfermería en una persona con discapacidad motriz secundaria a Mielinolisis Central Pontina (MCP), mediante el marco de referencia de Dorothea Orem. La MCP ocasiona discapacidad motriz debido a la destrucción de las vainas de mielina.

Material y métodos: Se realizó un estudio de caso de una persona con discapacidad secundaria a MCP, que presentó un Evento Vascular Cerebral Hemorrágico (EVCH). Se realizó el Proceso

de Enfermería con las cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, es decir, se aplicó la intervención utilizando la interrelación de las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Classification Outcomes Nursing (NOC) – Classification Interventions Nursing (NIC). Resultados: se encontraron respuestas humanas alteradas como fueron las relacionadas con la movilidad, la eliminación y la nutrición, respondió adecuadamente a las intervenciones, logrando restablecer en un 80% la capacidad motriz y verbal, lo cual contribuyó a la reincorporación de la persona a las actividades cotidianas.

Conclusiones: Las intervenciones de enfermería establecidas de acuerdo con la condición encontrada, fueron determinantes para que mejorara la sintomatología, disminuyendo así las alteraciones ocasionadas por la discapacidad.

Palabras clave: Desmielinizante; Alcohólica; Anorexia.

Introducción

Melo-Guzmán¹ señala que la Mielinolisis Pontina Central (MCP) es una rara alteración neurológica, de etiología desconocida, que se observa sobre todo en pacientes alcohólicos crónicos o con enfermedades crónicas acompañadas de desnutrición o desequilibrios hidroelectrolíticos. La causa más frecuente es en el tratamiento de una hiponatremia, cuando se elevan los niveles de sodio demasiado rápido; sin embargo, también puede ocurrir ocasionalmente asociado a otras condiciones como las malformaciones arteriovenosas cerebrales congénitas que presentan una red compleja de vasos anómalos con ausencia de capilares o bien la destrucción de las vainas de mielina.

La Mielinolisis Central Pontina puede presentarse en niños como una enfermedad desmielinizante no inflamatoria ocasionados por una lesión que consiste en la destrucción de las vainas de mielina a nivel del Puente de Varolio, con cilindro-ejes que afecta parte o toda la base de la protuberancia en forma simétrica (desmielinización pontina). Ocasionalmente se encuentran lesiones similares en otras regiones (desmielinización extrapontina). Los pacientes con esta enfermedad suelen presentar tetraparesia progresiva subaguda acompañada de parálisis pseudobulbar con disartria e imposibilidad de protruir la lengua, junto con parálisis parcial o completa de los movimientos oculares horizontales. Dado que las vías sensitivas y la conciencia pueden permanecer indemnes, estos enfermos pueden desarrollar un síndrome de desaferentación (*locked-in syndrome*).²

El cuidado que el profesional de enfermería aplica es el método estandarizado y sistematizado a través del Proceso de Enfermería para plasmar los conocimientos y habilidades al diagnosticar y tratar las respuestas humanas reales y potenciales alteradas mediante el marco

de referencia de E. Dorothea Orem, con la aplicación de la Teoría del Autocuidado. Respecto al Material y métodos: Se realizó un estudio de caso de una persona con discapacidad secundaria a MCP congénita, que presentó un Evento Vascular Cerebral Hemorrágico (EVCH), a partir de ello, se hizo una valoración para determinar los diagnósticos de enfermería, la planeación de las intervenciones, la ejecución y finalmente la evaluación, es decir, se aplicó el Proceso de Enfermería con la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³ Clasificación Outcomes Nursing (NOC)⁴ – Clasificación Intervencions Nursing (NIC).⁵

En el caso clínico que se presenta, se consideran las características particulares del estado de salud del paciente, basado en las respuestas humanas. A través de las intervenciones y actividades de Enfermería para alcanzar los resultados esperados, para la aplicación del Proceso de Enfermería se requiere el conocimiento científico y habilidades para atender las alteraciones físicas, psicológicas, así como dar orientación y asesoramiento para el autocuidado. El objetivo del estudio fue Aplicar el Proceso de Enfermería en un caso clínico de Mielinolisis Central Pontina Congénita con el marco de referencia de Dorothea Orem.

Desarrollo

Matías⁶ refiere que la Mielinolisis es una condición caracterizada por daño neurológico causado por la destrucción de las vainas de mielina en el centro de la protuberancia (desmielinización pontina). Ocasionalmente se encuentran lesiones similares en otras regiones (desmielinización extra - pontina). Fue descrita por primera vez en 1949 por Adams en un paciente alcohólico con delirium tremens y neumonía, que presentaba cuadriplejía, debilidad facial disfagia, mutismo y Babinski bilateral la biopsia mostraba destrucción de la mielina a nivel pontino. Mayer⁷

En los años siguientes, se observó que la desmielinización podía involucrar la sustancia blanca interpuesta entre la sustancia gris de los ganglios basales, gyrus cinguli, cápsula externa, tálamo y cerebelo, por lo que fue denominada por Wrigth y Cols⁸ como Mielinolisis extrapontina. El término de Síndrome de desmielinización osmótica abarca ambos trastornos. Esta patología es la causa principal de hemorragia intracraneal en pacientes jóvenes. Se encuentra en sólo el 0,25% de autopsias realizadas en adultos.

González² describe que hasta mediados de la década de los 70's se determinó la asociación clínica de esta enfermedad con estados de hiponatremia y su rápida corrección, lo cual fue corroborado en la década siguiente mediante estudios experimentales en animales. En la actualidad, parece demostrado que la Mielinolisis central pontina es una enfermedad neurológica relacionada con un trastorno electrolítico y no con el consumo crónico de etanol.

Aunque las primeras descripciones de esta enfermedad se realizaron en pacientes alcohólicos crónicos, su aumento coincidió con la difusión de los sueros salinos en el tratamiento de los trastornos hidroelectrolíticos. Esta enfermedad pudo reproducirse en animales de experimentación mediante una rápida corrección de una hiponatremia crónica. La Mielinolisis Central Pontina es causada por un cambio rápido de las concentraciones de agua en el cerebro. La fisiopatología exacta no se conoce, pero se sabe que los estados hipoosmolares (como la hiponatremia) tienden a inducir edema cerebral por paso de agua del espacio extracelular al intracelular, lo cual se evita mediante la salida de iones y aminoácidos llamados osmolitos (sodio, potasio, taurina, ácido glutámico y solutos orgánicos como fosfocreatinina, mioinosiol y glutamina)⁹.

Uno de los estudios referido por Espinos¹⁰ demostró que la rápida corrección de la hiponatremia producirá una elevación brusca de la osmolaridad plasmática, con lo cual el medio extracelular será hipertónico con respecto al intracelular, con la consecutiva deshidratación del tejido cerebral, condición responsable de la Mielinolisis. La destrucción de la vaina mielínica inhibe la conducción del impulso dentro de la célula nerviosa y disminuye así su capacidad para comunicarse con otras células. Farreras.¹¹

También se han reportado casos de esta enfermedad después de otros trastornos hidroelectrolíticos que cursan con hiperosmolaridad, como hipernatremia, hiperglucemia o azoemia. Cordero¹² menciona que en un 10 % de los casos la MCP compromete otras áreas del encéfalo además de la protuberancia. La tasa de mortalidad descrita es de aproximadamente el 50% en las primeras 2 semanas de presentación, y 90% luego de los 6 meses. El cuadro clínico puede presentarse como Mielinolisis pontina (50%), extrapontina (20%) o superposición de ambos (30%).¹¹

De esa misma forma Spagnuolo¹³ señala que las malformaciones arteriovenosas son lesiones de origen congénito, se caracteriza por una red capilar anormal entre los vasos anormales no hay parénquima y la periferia de la lesión está rodeada de tejido gliótico. (p. 2). Mayner G.⁷ refiere que las manifestaciones clínicas pueden ir desde un estado asintomático hasta un estado comatoso de aparición súbita debido a la hemorragia que se produce de forma repentina; en los casos reportados por Mielinolisis Congénita normalmente se observa un síndrome corticoespinal y corticobulbar rápidamente progresivo, que suele producirse en el evento agudo que conlleva un trastorno electrolítico asociado. La intensidad de los síntomas varía con el tamaño de la lesión.

Los pacientes con esta patología suelen presentar tetraparesia progresiva subaguda acompañada de parálisis pseudobulbar con disartria e imposibilidad de protruir la lengua, junto con parálisis parcial o completa de los movimientos oculares horizontales. Dado que las vías

sensitivas y la conciencia pueden permanecer indemnes, estos enfermos pueden desarrollar un síndrome de desaferentación (locked-in syndrome). Los reflejos osteotendinosos pueden estar aumentados, disminuidos o ser normales, y puede observarse el signo de Babinski bilateral. En caso de que la enfermedad progrese pueden aparecer alteraciones pupilares, posturas anormales (descerebración), parálisis respiratoria y alteraciones de la conciencia (estupor y coma). En la mayoría de los casos, la evolución es mortal en el plazo de 2 o 3 semanas, aunque algunas veces se ha observado una remisión del cuadro clínico.¹⁴

Los síntomas clínicos del síndrome de desmielinización osmótica son manifestaciones neurológicas que reflejan daño en las diferentes vías anatómicas; esto ayuda desde el punto de vista clínico a tener una localización topográfica de las lesiones cuando se sospecha esta entidad, así, la cuadriparesia espástica y la parálisis pseudobulbar reflejan daño a las vías corticoespinal y corticobulbar, y ocurren en más del 90% de los pacientes. La Mielinolisis extrapontina puede causar ataxia y movimientos extrapiramidales como el parkinsonismo y la distonía, por lesión de los ganglios basales (putamen y núcleo caudado).^{15,13} las Malformaciones Arteriovenosas se pueden presentar con otros síntomas como son: cefaleas, epilepsia, isquemia cerebral, trastornos neuropsíquicos, soplos, insuficiencia cardíaca (en edad pediátrica), hidrocefalia no comunicante, incidentales (cuando no corresponde a forma clínica asintomática)

El diagnóstico de la MCP se realiza mediante diferentes estudios imagenológicos para tener una clara imagen de la arquitectura, su anatomía, topografía exacta y las relaciones con las estructuras vecinas: *Tomografía Computarizada* con medio de contraste se puede hacer el diagnóstico pero no aclara los detalles de la lesión, la tomografía con el equipo "multislice" puede hacer reconstrucciones tridimensionales del cerebro y su vasculatura en la que se identifica malformación, la presencia o no de aneurismas intranidales, detalles de la irrigación y angioarquitectura de la lesión. La *Resonancia Magnética* es el estudio de alta sensibilidad en el diagnóstico de las lesiones de MCP permite una correcta visualización de la lesión, su exacta topografía y su angioarquitectura. Además, pone en evidencia la existencia de lesiones parenquimatosas adyacentes a la malformación, como áreas de gliosis reaccional o la presencia de lesiones isquémicas perimalformación. La angio-resonancia puede brindar detalles sobre la irrigación de la malformación mediante un método diagnóstico no invasivo. Otro de los métodos diagnósticos es la *Angiografía Digital de vasos del cuello y cerebro* es el estudio principal para el diagnóstico, da detalles de la anatomía, de sus arterias aferentes y de las venas de drenaje. Muestra detalles hemodinámicos y fisiológicos para el análisis clínico y la toma de decisiones. Este procedimiento no solo es útil para diagnóstico sino también se puede planificar una terapia endovascular.¹³

El tratamiento de la MCP es a base de la terapéutica endovascular, así como la opción a terapia radiante mediante radiocirugía. Para el manejo se sigue utilizando la escala de Spetzler

y Martin,¹⁶ estas escalas se refieren a las lesiones con expresión cortical e insular pondera los siguientes elementos (tamaño, malformación, localización y tipo de drenaje venoso. Existen diferentes opciones de tratamiento, entre ellos está la conducta expectante, tratamiento médico sintomático (ej. Anticomociales). Resección quirúrgica, terapia endovascular, radiocirugía estereotáxica y combinación de procedimientos. La opción de tratamiento depende de factores como la historia natural de la enfermedad, la edad del paciente, existencia de elementos predictores de sangrado y porcentajes de morbimortalidad.

González-Castillo¹⁷ señala que el Proceso Enfermero (PE) representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, Cuyo enfoque recae en los resultados esperados y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada; actualmente se consideran así a las taxonomías de la *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I),³ la *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁵ y la *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁴, las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente. Huerta¹⁸ señala que una de las herramientas que se aplican en la práctica científica de enfermería es el Proceso Enfermero, el cual permite emplear como método de resolución de problemas a través del pensamiento crítico. El uso de esta metodología ha venido a dar autonomía a la profesión y su uso es determinante en la práctica clínica y la docencia.

Cervera¹⁹ describe que al generar habilidades comunicativas y creativas a través de un sistema de comunicación adecuado a cada caso, aunado a esto se tiene que prestar especial atención a las señales que el paciente envía y sirviéndonos de las escalas pertinentes e interpretarlas correctamente, sin olvidar la formación que se debe adquirir el cuidador principal, para satisfacer la demanda de los cuidados del paciente para la implementación desarrollo y evaluación de un diseño de enfermería con enfoque de Autocuidado, utilizando las taxonomías NANDA³ – NOC⁵ – NIC⁴. Requelmer²⁰ indica que el modelo teórico de Dorothea Orem proporciona un beneficio para guiar y facilitar el cuidado de enfermería en la persona de manera integral en función de ubicar los cuidados básicos a favor del ser humano, es decir, mejorar su calidad de vida.

La Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem está conformada por tres teorías interconectadas entre sí, la primera del Autocuidado, la segunda por los Sistemas de Enfermería y la tercera por el Déficit de Autocuidado. De esta manera indica que se encuentra ubicada como una de las grandes teorías en donde el individuo es capaz de cuidarse. Esta teoría sirve de sostén para las demás, y enuncia la finalidad, las técnicas y las deducciones de cuidarse a uno mismo. La teoría descrita por Dorothea Orem ofrece a los profesionales de Enfermería herramientas para brindar una atención de calidad en cualquier situación tanto para las personas

enfermas o sanas, este modelo establece una serie de conceptos, definiciones y objetivos para instruir lo relacionado con el cuidado de la persona en el fortalecimiento de enfermería.²¹

Requelmer²⁰ en la investigación de un caso clínico sobre Mielinolisis en una paciente con preclamsia manifiesta que el rol de la enfermera se basa en proporcionar los cuidados requeridos para la satisfacción de sus necesidades tales como, baño/higiene, técnicas de relajación, disminución de la ansiedad, educación sanitaria, apoyo al cuidador principal entre otras intervenciones enfermeras.

Objetivo General

Aplicar el Proceso de Enfermería en un caso clínico de Mielinolisis Central Pontina mediante el marco de referencia de Dorothea Orem.

Objetivos específicos

- Valorar los requisitos de autocuidado y de desviación a la salud para establecer los diagnósticos de enfermería.
- Priorizar los diagnósticos de enfermería para determinar los resultados esperados y establecer el plan de cuidados.
- Ejecutar el Plan de Atención de Enfermería con base en las intervenciones para mejorar la calidad de vida de la persona.
- Evaluar las intervenciones de enfermería con base en los resultados esperados para retroalimentar o reconducir el proceso.

Material y Métodos

Se aplicó la metodología del Proceso de Enfermería en sus cinco etapas: 1) Valoración: recolección de datos (exploración física, anamnesis), organización, validación y registro, utilizando el Modelo de D. Orem con su teoría del déficit de autocuidado, el cual incluye tres teorías a) Teoría del autocuidado (requisitos de autocuidado universales, requisitos de desarrollo y requisitos de autocuidado en las desviaciones a la salud; b) Teoría del déficit de autocuidado y c) Teoría de los Sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo). Para ello se utilizó un instrumento para recabar la información y estructurar el caso clínico. Se realizó el análisis de la información y se pasó a la segunda etapa 2) Diagnóstico, en esta etapa enfermería a) identificó los problemas, b) Analizó los datos significativos y la deducción de ellos, y c) Sintetizó, confirmó o eliminó las alternativas posibles mediante el razonamiento diagnóstico. se establecieron los diagnósticos de enfermería, priorizando en orden de importancia los que ponían en riesgo la vida de la

persona, así como los que contribuyeran a la mejora de la calidad de vida. Se estructuraron *10 diagnósticos de enfermería*, de los cuales se presentan seis, utilizando las taxonomías NANDA³– NOC⁵ – NIC⁴. Al concluir la valoración, identificar los diagnósticos de enfermería, los problemas interdependientes y complicaciones potenciales se procedió a la tercera etapa 3) Planificación de los cuidados de enfermería a) se priorizaron los problemas/ diagnósticos, b) se formularon los objetivos/ resultados deseados, c) se hizo la Selección de intervenciones y actividades de enfermería y; d) finalmente se redactaron las intervenciones de enfermería, estructurando seis planes de cuidados con sus intervenciones y actividades.

En la cuarta etapa se puso en práctica el plan de cuidados 4) Ejecución, misma que incluye a) Continuar con la recolección y valoración de datos, b) Realizar las actividades de enfermería, c) Anotar los cuidados de enfermería, d) Hacer anotaciones e) Dar los informes verbales y f) Mantener el plan de cuidados actualizado. Finalmente, la quinta y última etapa 5) Evaluación, garantiza la calidad del cuidado y fomenta el pensamiento crítico, a) se continuó con el acopio de datos sobre el estado de salud/problema/ diagnóstico y b) se comparó con los resultados esperados y se hizo el juicio sobre la consecución de estos.

Como resultado de la valoración, se estructuró el siguiente caso clínico:

Factores condicionantes básicos: Edad: 32 años, sexo: Masculino, Estado de desarrollo: adulto joven estudios hasta 8° semestre de Licenciatura de Enfermería.

Estado de salud: Paciente con mielínolisis pontina congénita desde hace 8 años En abril del 2015, fue internado en el servicio de urgencias por haber sido encontrado en el piso de su casa inconsciente, al ingreso el paciente estaba estuporoso, con pupilas míticas hiporreflexias, comatoso, con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral. Se realizó TAC de cráneo reportándose hemorragia subaracnoidea temporal izquierda que se extendía al 4° ventrículo y astas superiores Fisher IV se hace el diagnóstico de malformación arteriovenosa pontina.

Factores del sistema del cuidado de salud: a partir del 2019 y a la fecha, el paciente fue tratado con diversas terapias como rehabilitación física y apoyo incondicional de sus cuidadores primarios y apoyo de enfermería recuperando paulatinamente la función motora y sensitiva, sin embargo en febrero del 2019 por tercera vez ingresa debido a que inicia con cefalea súbita, acompañado de dolor en hemisferio izquierdo, con secuelas de diplopía, marcha atáxica, hemiparesia derecha y otros patológicos negados, sin afección muscular ni en la sensibilidad, extremidades simétricas, hipotróficas, fuerza muscular 5/5 en escala de Daniels, llenado capilar de aprox. 2 segundos. La TAC simple de cráneo reporta hemorragia parenquimatosa a nivel del cerebelo del lado izquierdo. Actualmente presenta Hemorragia Subaracnoidea Izquierda y una segunda Hemorragia Parenquimatosa a nivel del cerebelo del lado izquierdo. Durante su

estancia hospitalaria se reporta cefalea moderada, sin otras alteraciones evidentes, muestra mejoría clínica.

A continuación, se muestran los requisitos de autocuidado alterados

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

a. *Mantenimiento del aporte de aire suficiente.* La frecuencia respiratoria es de 26 por minuto, y la saturación de oxígeno del 90%.

b. *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.* En ocasiones le cuesta trabajo conciliar el sueño, manifestado por somnolencia, bostezo y ojeras, no utiliza nada para conciliar el sueño. Durante el día, acostumbra una siesta después de la comida, Presenta dolor por limitaciones para caminar por ello acude a sesiones de fisioterapia cada 3 días por 30'.

c. *Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.* Presenta problemas de audición (tinnitus), cambios de humor, aislamiento social y de vez en cuando timidez, exteriorizando vértigo al momento de caminar frecuentemente, campo visual alterado (diplopía) manifiesta que hay ciertas cosas que ya no recuerda. Aunque es difícil, tiene convivencia con miembros de su familia.

d. *Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.* Para deambular utiliza como apoyo un bastón y un andador. Debido a la debilidad muscular ha tenido caídas. Por ello, se han implementado estrategias de autocuidado para una deambulación segura. Es asistido por su familiar en la mayoría de las actividades realizadas.

e. *Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.* Acepta los cambios físicos, muestra cambios bruscos de humor, agresión y negatividad.

f. *Salud Sexual:* Refiere haber tenido 4 parejas sexuales

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Tiene citas médicas programadas cada 6 meses con el especialista en Neurología. Tiene conocimiento de su enfermedad, le han explicado las dudas que surgen en su tratamiento, además de que es estudiante de Licenciatura en Enfermería. Algunos días realiza actividades recreativas como juegos de mesa. La enfermedad lo imposibilita para llevar a cabo la satisfacción de sus necesidades de autocuidado. Refiere que fue muy difícil aceptar los cambios que sufrió al padecer el EVC pero está en proceso de aceptación. Presenta irritabilidad ante

situaciones estresantes, cambios de humor brusco y ansiedad, aunque está realizando terapias físicas, ocupacionales e hidroterapia.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA-RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Con base a la valoración realizada se estructuraron diez diagnósticos de enfermería, de los cuales, al priorizar, se eligieron seis diagnósticos reales utilizando la taxonomía II, con la interrelación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classifications (NIC). Lo cual permitió la implementación de la tercera, cuarta y quinta etapa del Proceso de Enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar el autocuidado M/P
Expresa deseo de mejorar el autocuidado, expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud, expresa deseo de mejorar la independencia en su vida

NOC Autonomía personal 1614

Indicadores:	Puntuación Diana
161401 Toma de decisiones vitales	3
161403 En el proceso de toma de decisiones muestra independencia	2
161410 Afirma las preferencias personales	3
161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud	3
161412 Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.	3

NIC Mejora la autoconfianza (5365)

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Participar en un juego de rol para ensayar la conducta.
- Proporcionar oportunidades para dominar las experiencias (p. ej., implementación satisfactoria de la conducta).
- Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.
- Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej. participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).

- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta

Evaluación: De acuerdo con lo planeado se obtuvieron resultados favorables en relación al autocuidado del paciente, ya que se favorece su autonomía y su integración a actividades socioculturales.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la memoria R/C Lesión cerebral M/P Incapacidad para aprender nueva información, incapacidad persistente para retener nueva información y olvido persistente.

NOC Memoria

Indicadores	Puntuación diana
090801 Recuerda información inmediata de forma precisa	2
090802 Recuerda información reciente de forma precisa	2
090803 Recuerda información remota de forma precisa	2

NIC Entrenamiento de la memoria

- Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas personales, según corresponda.
- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.
- Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.
- Remitir a terapia ocupacional, si es apropiado.
- Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.
- Identificar y corregir con el paciente errores de orientación

Evaluación: se aplicaron las actividades planeadas, obteniendo como resultado que el paciente mejoró su memoria, lo cual se corroboró con los ejercicios mentales que se le aplicaron. Se mostraron fotos, se trabajó con rompecabezas y memoramas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física R/C Disminución de la fuerza muscular M/P Disminución de las habilidades motoras finas, disminución de las habilidades motoras gruesas, enlentecimiento del movimiento y movimientos descoordinados

NOC: Movilidad

Indicadores:	Puntuación diana
020801 Mantenimiento del equilibrio	1
020809 Coordinación	2
020810 Marcha	1
020805 Realización del traslado	2
020814 Se mueve con facilidad	1

NIC Fomentar la mecánica Corporal

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie
- Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados.
- Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.

Evaluación

Una vez aplicadas las intervenciones de enfermería la mejora en la movilidad del paciente ha sido notoria mejorando de una puntuación diana previa de 7 y se llevó a obtener una puntuación de 22.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la habilidad para la traslación R/C Deterioro del equilibrio M/P Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la ducha, Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del inodoro, Deterioro de la habilidad para trasladarse entre superficies irregulares.

NOC: Posición corporal autoiniciada

Indicadores	Puntuación diana
020302 Se mueve tumbado a sentado	1
020304 Se mueve de sentado a ponerse de pie	2
020306 Se mueve de pie a arrodillado	1
020308 Se mueve de estar de pie a cuclillas	1
020211 Se mueve de un costado a otro costado	2

NIC Ayuda con el autocuidado: transferencia

- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, inestabilidad médica u ortopédica, nivel de consciencia, capacidad para colaborar, capacidad para entender instrucciones).
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.
- Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.
- Realizar una demostración de la técnica, según corresponda.
- Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana, según corresponda.

Evaluación

Una vez aplicadas las intervenciones de enfermería y las actividades específicas para la traslación aún con las limitaciones que debido a la patología le impedía el traslado, se notó mejoría, al trasladarse con apoyo, y de acuerdo con la puntuación Diana, de 7 se logró aumentar a 23 puntos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la ambulación R/C Fuerza muscular insuficiente M/P Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida, Deterioro de la

habilidad para caminar sobre superficies irregulares, deterioro de la habilidad para subir escaleras

NOC: Ambular

Indicadores:	Puntuación diana
020001 Soporta el peso	1
020003 Camina a paso lento	2
020010 Camina distancias cortas (< 1 manzana)	2
020014 anda por la habitación	1
020014 anda por la casa	1

NIC Terapia de Ejercicios Ambulación

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.
- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.
- Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.

Evaluaci3n

Una de las principales causas de ca3das es la incoordinaci3n motriz que presenta el paciente, sin embargo, las actividades aplicadas por enfermer3a contribuyeron a mejorar su deambulaci3n y calidad de vida, actualmente utiliza el bast3n de apoyo.

DIAGN3STICO DE ENFERMER3A: Deterioro de la comunicaci3n verbal R/C Est3mulos insuficientes M/P Dificultad para expresar pensamientos verbalmente, dificultad para mantener la comunicaci3n, incapacidad para usar expresiones faciales y tartamudeo.

NOC: Comunicación

Indicadores	Puntuación diana
090201 Utiliza el lenguaje escrito	3
090202 Utiliza el lenguaje hablado	1
090206 Reconoce los mensajes recibidos	2
090207 Dirige el mensaje en forma apropiada	1
090208 Intercambia mensaje con los demás	1

NIC Intermediación cultural

- Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales.
- Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos
- Dar al paciente más tiempo del normal para que asimile la información y medite la toma de una decisión.
- Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente.
- Proporcionar información al paciente sobre el sistema de asistencia sanitaria.
- Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados

Evaluación

Los seres humanos necesitan comunicarse para intercambiar ideas, pensamientos, sentimientos, emociones y actitudes. Por ello, la comunicación no solo se trata de una necesidad social, sino que las personas necesitan escuchar y ser escuchadas para hacer frente a las situaciones y a los problemas que les aquejan. Con las actividades implementadas, se logró mejorar la comunicación verbal.

Conclusiones

La Mielinolisis Pontina Central es una enfermedad grave que, en los casos donde no se produce la muerte del paciente, generalmente lo lleva a pérdidas neurológicas permanentes, que ocasiona discapacidad permanente debido a que ocasiona disminución de la capacidad para trabajar o cuidarse por sí mismo y disminución de la capacidad de interactuar con otros, ya que la desmielinización que produce no tiene un tratamiento específico. La aplicación del Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E, Orem en el usuario con diagnóstico

médico de Evento Vascular Cerebral Hemorrágico secundario a una malformación arteriovenosa pontina, permitió aplicar una serie de intervenciones personalizadas de enfermería, contribuyendo a mejorar la calidad de vida, así mismo se estableció el control y prevención de complicaciones.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios debido a que, con las intervenciones y actividades realizadas, se redujo en un 85 % la atrofia de los músculos de extremidades inferiores. Los familiares que fungen como cuidadores primarios realizaron un trabajo destacado con el paciente y participaron en la implementación del plan de cuidados establecido. De igual manera las actividades llevadas a cabo para el autocuidado arrojaron resultados favorables, ya que se mostró interés por parte del paciente en el cuidado personal aumentando su participación en las diferentes actividades, aunque no en su totalidad ya que requiere de supervisión debido a sus limitantes y a los cambios fisiológicos que presenta. Cada una de las actividades realizadas fue ajustada a su capacidad, involucrando al usuario para mejorar su estado emocional y convivencia con la sociedad, disminuyendo el riesgo de lesiones y caídas.

Cabe mencionar que para lograr los objetivos planteados se necesitó la colaboración del usuario, su familia y el equipo multidisciplinario. Se considera que la aplicación del Proceso de Enfermería es una experiencia que favorece la recuperación tal como se demuestra en este caso. Es importante destacar que debido a la gravedad que presentó el paciente, (estudiante de nivel superior), al presentar la primera hemorragia intracraneal, la parte médica lo catalogó como irrecuperable, (solo sobrevive el 5%), sin embargo, su tenacidad, deseo de vivir, la edad y la manera de enfrentar el problema le permitieron salir adelante

Referencias Bibliográficas

1. Melo Guzman, P. F. (Experiencia en el Manejo de malformaciones arteriovenosas cerebrales en el hospital Juárez de México. *18(18(1) 65-75)*. (R. M. Neurociencia, Ed.) ciudad de México, E. México: Revista Mexicana de Neurociencia. enero de 2017 Recuperado el agosto de 2022.
2. González A Mielinolisis Pontina Central de la VIa Catedra de Medicina . *Revista de Postgrado* , 15-18. . (2003).
3. NANDA Internacional, Inc. *Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023*, 12ª edición. Ed. Thieme Medical Publishers, Inc Nueva York 2021.
4. Howard K. Butcher y cols .*Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª edición Ed. Elsevier España. 2018

5. Moorhead Sue y cols. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medicina de resultados en Salud. 6ª edición ed. ELSEVIER España. 2018.
6. Matias-Guiu JA, M. A.-y. (junio de 2016). Mielinólisis pontina Extrapontina secundaria a fluctuaciones en glicemia . <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-mielinosis-pontina-extrapontina-secundaria-fluctuaciones-S0213485314001467>, 345-347. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-mielinosis-pontina-extrapontina-secundaria-fluctuaciones-S0213485314001467>
7. Mayer-Tresol, G.-V. E. (2018). *scielo*. Obtenido de Mielinolisis central pontina como complicación de hiperemesis gravídica.: <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2113>
8. W. West, DT Gilbert, RJ Wilks. Central Myelinolysis in a Patient with Hyponatraemia. *West Indian Med J* 2007; 56 (4): 382-384.
9. Dewan R, R. R. (2003). *Correction of Hyponatremia*. Obtenido de <https://med.unne.edu.ar/revistas/revista132/mpc.htm>
10. Espinos, D. D. (1996). *El problema de la cefalea*. Madrid Paramericana.
11. Farreras Roman, e. a. (2000). *Principios de la Medicina Interna*. Barcelona: Farreras medicina interna.
12. Cordero v, T. J. (2016). Mielinolisis central pontina por hiponatremia severa. *Repositorio digital*.
13. Spagnuolo, E., Lemme-Plaghos, L., Revilla, F., Quintana, L., & Antico, J.. (). Recomendaciones para el manejo de las malformaciones arteriovenosas cerebrales. *Neurocirugía*, 20(1), 5-14. 2009Recuperado en 19 de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732009000100001&lng=es&tlng=es.
14. Rozman C, C. (2020). *Medicina Interna* . España : elsevier . Obtenido de https://www.academia.edu/54172983/Farreras_Rozman_Medicina_Interna_19a_Edici_o_n
15. Harrison y cols. Principios de medicina. 21ª edición Mc Graw Hill Education S.A. de C.V. 2022 ISBN: 97811264540259.
16. Spetzler, R., Martin, N.: A proposed grading system for AVM *J.Neurosurg*. 1986; 65: 476-483

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3322257&pid=S1130-1473200900010000100032&lng=es link

17. González-Castillo M.G., M.-R. A. (Jun [citado 2022 Ago 24] de junio de 2016). *Proceso enfermero de tercera generació*. Obtenido de Scielo.org.mx: : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>.
18. Huerta G. Sara y cols. Instrumentos para la Enseñanza del Proceso enfermero en la práctica Clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic y Noc Enfermería global vol 10 num 3 pag 89-95 ISSN-e 1695-6141 link <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3684772>
19. Cervera G Águeda. Cuidados básicos de enfermería 1ª edición publicación de la Universidad Jaume I. 2016 ISBN: 978-84-16356-30-0
20. Milton Junior Requelmer Jaramillo, e. a. <https://revistamedica.com/rol-enfermeria-modelo-dorothea-orem-preeclampsia/#TEORIA-GENERAL-DE-DOROTHEA-OREM>. Obtenido de <https://revistamedica.com/rol-enfermeria-modelo-dorothea-orem-preeclampsia2019/#TEORIA-GENERAL-DE-DOROTHEA-OREM>
21. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 30 Jun 2017]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>

INTERDEPENDENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS FORÁNEOS

INTERDEPENDENCE AND ALCOHOL CONSUMPTION IN YOUNG FOREIGNER UNIVERSITY STUDENTS

Jennifer Samantha Jiménez Sánchez¹, Fabiola Elizabeth Cortes Medina¹, Ana Mercedes Altamirano Solís¹, Braulio Josué Lara Reyes², Néstor Humberto Obregón Sánchez².

1. Estudiante de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo". Universidad Autónoma de Coahuila.
2. Profesor de Tiempo Completo de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo". Universidad Autónoma de Coahuila.

Autor de correspondencia: Braulio Josué Lara Reyes, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo". Universidad Autónoma de Coahuila. brlarar@uadec.edu.mx

RESUMEN

Introducción: El alcohol es una sustancia psicoactiva que causa dependencia y graves daños, no solo a la salud, sino además, al desarrollo social y económico. Su consumo es generador de cerca de 200 enfermedades, de violencia doméstica y muchos otros daños, que, aunado a la alta matrícula de estudiantes de Universidad que vienen de otras ciudades para realizar sus estudios, se convierte en un factor que interviene en la calidad de vida estudiantil, además, de convertirse en un generador de estrés y ansiedad, que al no contar con una red firme de apoyo familiar y de amigos, por ser de otras ciudades, los hace vulnerables para que se alineen todas las condiciones que favorezcan al consumo de alcohol.

Metodología: El estudio fue cuantitativo correlacional. La población fueron los estudiantes foráneos de una Facultad pública de Saltillo, Coahuila. La muestra de la estuvo conformada por 64 estudiantes foráneos q y el muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Los instrumentos de medición empleados fueron una ficha sociodemográfica, la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de la OMS, así como el instrumento ZERIMAR.

Resultados: El 86.2% (f=56) de los universitarios han consumido alcohol por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses. Solo el 16.9% (f=11) de ellos tienen un consumo sin riesgo. En cuanto al nivel de adaptación en la interdependencia con las personas significativas, el

60.7% ($f=34$) se encuentra en nivel compensatorio, mientras que en los sistemas de apoyo, el 92.9% ($f=52$) se encuentra en nivel comprometido. Existe una relación significativa entre el

nivel de adaptación de personas significativas ($r=.386$, $p=.001$), sistemas de apoyo ($r=.546$, $p=.000$) y el consumo de alcohol.

Conclusiones: Los problemas de adaptación de los universitarios foráneos contribuyen en el consumo de alcohol, dejándonos ver que existe un problema serio con el vivir solos en otra ciudad, lejos de sus familias, afectando su relación, y por consiguiente, facilitando el acceso al alcohol, así como a su consumo.

Palabras clave: Beber Alcohol; Consumo de alcohol; Familia; Amigos

ABSTRACT

Introduction: Alcohol is a psychoactive substance that causes dependence and serious damage, not only to health, also to social and economic development. The consumption causes nearly 200 diseases, domestic violence and many other damages, which, combined with the high enrollment of university students who come from other cities to study, becomes a factor that intervenes in the quality of student life, in addition, becoming a generator of stress and anxiety, which by not having a firm network of family and friend support, because they are from other cities, makes them vulnerable so that all the conditions that favor consumption are aligned of alcohol.

Methods: The study was quantitative correlational. The population was foreign students from a public Faculty in Saltillo, Coahuila. The sample was made up of 64 foreign students and the sampling was simple random probabilistic. The measurement instruments used were a sociodemographic sheet, the WHO Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), as well as the ZERIMAR instrument.

Results: 86.2% ($f=56$) of university students have consumed alcohol at least once in the last 12 months. Only 16.9% ($f=11$) of them have safe consumption. Regarding the level of adaptation in interdependence with significant people, 60.7% ($f=34$) are at a compensatory level, while in support systems, 92.9% ($f=52$) are at a committed level. There is a significant relationship between the level of adaptation of significant others ($r=.386$, $p=.001$), support systems ($r=.546$, $p=.000$) and alcohol consumption.

Conclusions: The adaptation problems of foreign university students contribute to alcohol consumption, letting us see that there is a serious problem with living alone in another city, far

from their families, affecting their relationship, and consequently, facilitating access to alcohol as well as its consumption.

Keywords: Drinking, Alcohol; Consumption, Alcohol; Families; Friends

INTRODUCCIÓN

El alcohol es una sustancia considerada como psicoactiva que puede causar dependencia y graves daños, no solo a la salud, sino además, daño al desarrollo social y económico, pues su consumo es considerado como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de más de 200 enfermedades, además de ser generador de violencia doméstica y muchos otros daños^{1,2}. A nivel mundial durante el 2016, el 43% de los jóvenes de 15 años o más eran consumidores de alcohol. Es importante mencionar que, además, el consumo es causante de cerca de 3 millones de muertes representando el 5.3% del total de las defunciones por cualquier causa^{1,3}.

Así mismo, es importante mencionar que, existen alrededor de 155 millones de jóvenes consumidores entre 15 y 19 años, lo que representa más del 25% de la población mundial de esa edad, y el consumo total de alcohol por habitante en ese grupo de edad aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6,4 litros en el 2010, y se mantuvo en el nivel de 6,4 litros en el 2016, dejando ver que el consumo no se da de manera excesiva, pero alcanza el pico máximo entre los 20 y 24 años, una vez iniciado el consumo, a menudo beben de manera excesiva, particularmente los hombres³. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014, el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y preparatoria fue del 53,2%, con porcentajes similares entre ambos sexos (54% y 52,5%, respectivamente). Sin embargo, el consumo excesivo de alcohol fue del 14,5% (15,7% niños y 13,3% niñas) y la bebida de elección es la cerveza, seguida de los destilados⁴.

Durante el primer semestre del 2020 ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ) 1,562 personas usuarias de sustancias legales, el 29,5% reportó el consumo exclusivo de alcohol, de estos, la mayoría de los usuarios del alcohol son hombres, representando el 64.2% y las mujeres representaron el 35.8%, el 41.0% eran estudiantes. El 24.5% de las personas acudieron a consulta por encomienda escolar y se encontró entre los problemas asociados al consumo, problemas familiares, psicológicos, de salud y escolares⁵. Se ha observado que el consumo de alcohol tiene gran influencia en el comportamiento social debido a problemas del sistema familiar, pues se ha encontrado ser un condicionante para el inicio y mantenimiento de actitudes que intervienen con el desarrollo de los jóvenes. Dichas

conductas aparecen una vez iniciado el consumo de alcohol y desencadenan una serie de problemas, tanto en el entorno familiar como en el social ^{6,7}.

Aunque se ha comentado que el consumo afecta el desempeño familiar del consumidor, también se ha observado que la familia se puede llegar a convertirse en un factor de riesgo en el consumo de alcohol debido al desequilibrio en el hogar, la falta de comunicación o antecedentes de consumo de alcohol por parte de los padres ⁸. En cuanto a esto, podemos mencionar que uno de los papeles clave de la familia en el desarrollo de los jóvenes es convertirse en la principal red de apoyo que le pueda brindar afecto y soporte en el bienestar emocional, pues si la familia llega a fallar como soporte, se presenta una disfunción familiar, causando problemas emocionales y propiciando el consumo de alcohol, pues, un sistema familiar integrado siempre procurará la realización de sus integrantes, el cual puede no cumplirse al ser limitado por el consumo de alcohol, pues existe evidencia de la relación entre la disfuncionalidad y el consumo de alcohol, tanto de manera personal, en la familia y sociedad ⁹⁻¹¹.

Se debe considerar que la Universidad está llena de situaciones generadoras de estrés y ansiedad y que al no contar con una red de apoyo familiar firme se dan todas las condiciones que pueden favorecer al consumo de alcohol ⁷. Aunado a esto, las Universidades tienen entre sus matrículas a estudiantes que vienen de otras ciudades o lugares distintos de residencia para realizar sus estudios, y en el transcurso de este tiempo, existen factores que intervienen en su calidad de vida estudiantil, tales como la alimentación, transporte, hospedaje, salud, emociones, dificultades de adaptabilidad entre otras cosas. Creando así una situación complicada, pues los ayuda a madurar a los jóvenes de manera temprana, pero buscan como suplir, de cierta manera, la falta de la familia ¹².

Lo anteriormente mencionado influirá en la forma en que los jóvenes perciben el mundo y, como consecuencia, esta los llevará a padecer una desadaptación o a lo que se conoce como una conducta mal adaptativa, que afectarán su funcionalidad familiar y social durante su etapa estudiantil^{13,14}. Antes estos cambios y problemas de adaptación de los jóvenes universitarios, Sor Callista Roy menciona que toda persona tiene la capacidad de adaptarse, de pensar, sentir, tiene conciencia y significado y esto lo utiliza para ajustarse y adaptarse de manera adecuada a los cambios del entorno, pues es considerada como un sistema complejo y vivo que trata de mantener esa capacidad de adaptarse en los cuatro modos adaptativos ante la presencia de estímulos que generan cambios constantes del entorno¹⁵.

Los estudiantes universitarios foráneos están expuestos a múltiples estímulos, que son aquellas situaciones presentes en el entorno que modifican su comportamiento, además, estos intervienen en el proceso de adaptación al afectar su desarrollo y conducta, generando un

cambio en el sistema que demandará energía para adaptarse a la situación ¹⁵. Esta interacción desencadena mecanismos de afrontamiento, que si son ineficaces se producirá enfermedad, mientras que si se mantiene un mecanismo óptimo de adaptación la persona estará sana. Como anteriormente se mencionó, los jóvenes que no logran adaptarse terminan presentando problemas de adaptación personal, familiar y social y hasta los puede llevar al consumo de alcohol¹⁵.

Para poder hablar de adaptación de los jóvenes en relación con la familia y los amigos, quienes son identificados como principales factores de riesgo para el consumo de alcohol, debemos conocer que existen cuatro modos adaptativos que contribuyen en el bienestar de cada persona, sin embargo, en el presente trabajo solo abordaremos el Modo Adaptativo de Interdependencia (MAI)^{16,17}. El MAI es la relación cercana que existe entre personas que pretenden satisfacer sus necesidades de afecto y desarrollo. Su propósito principal es lograr la integridad relacional, con la que se favorece el sentimiento de seguridad en las relaciones y se desarrolla a través de los procesos de afecto y desarrollo, por lo cual, la persona continúa creciendo como individuo y como miembro activo de la sociedad¹⁶.

Estas relaciones que se establecen en la interdependencia se desarrollan principalmente con las personas significativas y los sistemas de apoyo. Las personas significativas, son aquellas con las cuales se tiene una relación estable y cercana, que consideran que lo más importante en la relación es dar o brindar, amor, respeto y valor. Mientras que, los sistemas de apoyo son personas cuya relación carece de intensidad, lo que hace que la relación no sea tan estrecha e importante a comparación de las personas significativas ¹⁶. Es importante mencionar que este tema toma relevancia importante para la profesión de enfermería debido a que el consumo de alcohol ha llegado a ser considerado uno de los principales problemas de salud pública, y si le agregamos que, el tener problemas de relaciones con las personas significativas y los sistemas de apoyo, puede llegar a representar un factor de riesgo para el consumo de estas sustancias.

Además, se debe recordar que el personal de enfermería tiene la tarea de actuar en la prevención del proceso salud y enfermedad, a través de acciones que interrumpan los mecanismos que desencadenan los procesos dañinos para la salud. Por lo anteriormente mencionado, esta investigación tiene el objetivo de Identificar la relación que existe entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación en jóvenes universitarios foráneos.

METODOLOGÍA

El estudio fue de enfoque cuantitativo y diseño correlacional. La población fueron los estudiantes foráneos de una Facultad pública de Saltillo, Coahuila. La muestra de la estuvo conformada por 64 estudiantes foráneos que accedieron a contestar el formulario y el muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Los instrumentos de medición empleados fueron una ficha

sociodemográfica, la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de la OMS, así como el instrumento ZERIMAR (18).

RESULTADOS

En cuanto a los datos sociodemográficos, se puede observar que la edad de los participantes tuvo una media de 21 años (D.E. ± 2). El predominio de los participantes fueron mujeres con un 72.3% ($f=47$), el 69.2 % ($f=45$) de los participantes estudiaban una licenciatura, en cuanto a la religión, se puede observar que el 72.3% ($f=47$) profesaban la religión católica, mientras que el 18.5% ($f=12$) mencionaron no tener religión alguna, y cabe destacar que el 96.9% ($f=63$) eran solteros.

En relación con el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, se puede observar que el 86.2% ($f=56$) han consumido alcohol por lo menos en una ocasión en los últimos 12 meses. Y de ellos, es importante mencionar que solo el 16.9% ($f=11$) tienen un consumo sin riesgo, siendo un dato muy importante, ya que, aunque solo el 6.2% ($f=6.2$) tiene un consumo dañino, el resto de ellos se encuentra entre un consumo sensato y dependiente (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de Consumo de alcohol Test "AUDIT".

Nivel de Consumo	<i>f</i>	%
Sin Riesgo	11	16.9
Consumo Sensato	26	40
Consumo Dependiente	24	36.9
Consumo Dañino	4	6.2

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos; $n= 65$; $f=$ Frecuencia; %= Porcentaje

Mientras que, respecto al nivel de adaptación de los jóvenes universitarios foráneos, las personas significativas y sus sistemas de apoyo, se encontraron los siguientes datos.

Se observa que la principal persona significativa en los estudiantes mientras estudia siendo foráneos fue la mamá con un 71.4% ($f=40$) y el principal sistema de apoyo fueron los amigos con un 64.3% ($f= 36$) (Tabla 2).

Tabla 2. Tres principales Personas significativas y Sistemas de apoyo de los Jóvenes Universitarios Foráneos

Variable	Indicador	<i>f</i>	%
----------	-----------	----------	---

Personas Significativas	Mamá	40	71.4
	Papá	7	12.5
	Abuelos	3	5.4
Personas Significativas	Amigos	36	64.3
	Tíos	4	7.1
	Primos	5	8.9

Fuente: Instrumento "ZERIMAR"; n= 56; f= Frecuencia; %= Porcentaje

En cuanto al Nivel de Adaptación en el Modo de Interdependencia con las Personas Significativas, se encontró que ninguno de los estudiantes se encontraba en el mejor Nivel de Adaptación que es el Integrado, siendo que la mayoría se encontraba en el nivel Compensatorio con un 60.7% (f=34), sin embargo, se debe mencionar que aunque el nivel compensatorio es el que está en camino a un problema adaptativo, se evidencia que todos muestran problemas de adaptación (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de Adaptación en el Modo de Interdependencia con las Personas Significativas y Sistemas de apoyo

Variable	Nivel de adaptación	f	%
Persona significativa	Integrado	0	0
	Compensatorio	34	60.7
	Comprometido	22	39.3
Sistema de apoyo	Integrado	0	0
	Compensatorio	4	7.1
	Comprometido	52	92.9

Fuente: Instrumento "ZERIMAR"; n= 56; f= Frecuencia; %= Porcentaje

La estadística inferencial, fue determinada a través de la prueba estadística de Correlación de Spearman, encontrándose que entre existe una correlación significancia entre el consumo de alcohol y nivel de adaptación de las personas significativas ($r^2=.386$, $p= .001$), y de igual manera, se muestra una relación significativa entre el consumo de alcohol y nivel de adaptación de los sistemas de apoyo ($r^2=.546$, $p= .000$), como se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Correlación de Spearman entre las variables Nivel de Consumo de Alcohol y Nivel de Adaptación en el Modo de Interdependencia de Personas Significativas y Sistemas de Apoyo.

Variable	Rho	p
Persona significativa	.386	.001
Sistema de apoyo	.546	.000

Nota. $p < .05$; $p =$ significancia

DISCUSIÓN

Gómez et al.¹⁹ encontraron en su estudio que el 87.6% de las personas que han consumido alcohol son hombres, contrario a lo que el presente estudio arrojó, donde se encontró que el 72.3% que habían consumido alcohol fueron mujeres. Vega et al.¹⁴ mencionan en un estudio realizado en 2019 a 200 estudiantes encontraron en su estudio que el 48.5% de los participantes presentan un consumo de alcohol dependiente, mientras que lo encontrado en el presente estudio, se observa que el 40% de los encuestados manifiestan un consumo sensato y el 38% un consumo dependiente.

Guerrero-Solórzano et al.¹⁷ manifiestan que la disfunción familiar es más frecuente en adolescentes que han probado el alcohol, esto demuestra lo contrario a nuestro estudio ya que el 71.4% mencionan que su principal persona significativa es su mamá, aunque cabe mencionar que para el 64.3% su sistema de apoyo son los amigos, lo cual resta importancia a esta teoría.

Sin embargo, cabe mencionar que siguiendo con la disfunción familiar reportada por Guerrero-Solórzano et al.¹⁷ en los resultados del presente trabajo se encontró que la mayoría de los jóvenes tenían problemas de adaptación con las personas significativas, aunque mencionaban considerar a la mamá como principal persona significativa, se reflejaba un problema, así mismo con los sistemas de apoyo, además, ninguno de ellos se encontraba en el óptimo nivel de adaptación.

CONCLUSIONES

Encontrar como resultado que a mayores problemas de adaptación tengan los universitarios foráneos, mayor es el consumo de alcohol, es una situación difícil y aterradora, pues nos deja ver que existe un problema serio con el vivir solos en otra ciudad, lejos de sus familias, afectando su relación, y por consiguiente, facilitando el acceso al alcohol, así como a su consumo.

Además, se debe destacar que ninguno de los estudiantes se encontró en el mejor nivel adaptativo, llamado integrado, en ninguna de las dos interdependencias (persona significativa y sistema de apoyo), sino que se inclinan hacia un nivel de adaptación compensatorio y comprometido respectivamente, lo que quiere decir que tienen problemas adaptativos severos tanto en su familia nuclear como en amistades de la ciudad de estudio. Se puede pensar que el estudiar fuera de su zona de confort y lejos de su familia es un factor de riesgo para el consumo de alcohol y, que a su vez, tiene un impacto en la adaptación con las personas de su entorno. Estar lejos de su familia se refleja en una mala adaptación con ellos, es decir, existen factores que modifican la relación al no ser tan cercana, mientras que con los amigos es con quienes se convive más.

Es importante mencionar que contrario a lo que se pudiera pensar, que, al tener una relación estrecha con los amigos, la adaptación sería mejor, se pudo observar en el presente estudio que no era así, esto pudiera deberse a que para Roy, la interdependencia está marcada por una estrecha relación de amor y empatía, demostrando así que la relación estrecha entre los jóvenes foráneos y amigos no está basada en estos sentimientos, favoreciendo el consumo de alcohol.

CONFLICTO DE INTERESES / CONFLICTS OF INTEREST

Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y Cifras [Internet]; 2022 [citado 2024 Enero 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol [Internet]; 2020 [citado 2024 Enero 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018 [Internet]. 2018 [citado 2024 Enero 9]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte Alcohol. 1ra Ed. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. Ciudad de México; 2015. 331 p.

5. Centros de Integración Juvenil. Consumo de drogas en solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Gutiérrez López AD, Velázquez Altamirano M. México; 2021. 20 p.
6. Alonso M, Yáñez A, Armendáriz N. Funcionalidad Familiar y consumo de alcohol en Adolescentes de secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2017;17(1).
7. Santos J, Malla M, Senín C, Rodríguez J, Oyervides J. Estudio Trasversal : Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes de Medicina y su Asociación con la Depresión. *Revista Médica HJCA*. 2017;9(3).
8. Méndez D, Armendáriz N, Alonso M, Lima JS. Modelo de adaptación para evitar el consumo de alcohol en adolescentes de padres alcohólicos. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*. 2016;13(82):1–9.
9. Gantiva C, Bello V, Sastoque Y. Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39.
10. Hernández R, González M. Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*. 2013;17(1).
11. Jaime L, Pérez L, Rodríguez M, Vega T, Díaz I. Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. *Medigraphic*. 2014;8(1).
12. Haro J, Beltran L, Beltran IY. Desafíos de los estudiantes foraneos en su formación académica: caso UACyA y de la UAN. In: *Formación Integral de los Alumnos*. 2019.
13. Huerta R, Miljanovich M, Aliaga, Jaime C, Emma R, Natalia D, Eliana R, Murillo L. Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios , según carrera profesional de una universidad pública de la ciudad de Lima of Lima. *Revista de Investigación en Psicología*. 2017;20(2):309–26.
14. Santos J, Muñoz M, Vega BJ. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Científica Digital de Psicología*. 2019;7(2).
15. Raile Alligood M. *Modelos y teorías en Enfermería*. 8ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2015. 746
16. Callista R. *The Roy Adaptation Model*. 3. Pearson; 2009.
17. Solórzano F, Narváez A, Alvarado G, Silva X, Guerrero J, Poveda X, Cabrera D, Donoso D, Perafán K, Santana J, Ledesma P, Torres C. La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Ciencia UNEMI*. 2016;9(17):85–91.



18. Ramírez C, García M, Alarcón M. Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2008;16(3).
19. Gómez Z, Landeros P, Noa M, Patricio S. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2017;16(4):0–9.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ALCOHOL CONSUMPTION IN YOUNG COLLEGE
STUDENTS

**Daniela Rodríguez Iruegas¹, Lidia Ivonne Valdez Delgado², DCE. Nancy Griselda Pérez
Briones^{3*}, DCE. Linda Azucena Rodríguez Puente⁴, DCE. Dafne Astrid Gómez
Melasio⁵.**

Afiliaciones de autores

¹Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila

²Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila

^{3*}Docente-Investigador de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila

⁴Docente-Investigador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana ⁵Docente-Investigador de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila

*Autor para la correspondencia: naperezb@uadec.edu.mx

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol es un problema de salud pública por sus implicaciones biopsicosociales para las personas que lo consumen. Se considera que puede relacionarse con otros problemas de salud como los síntomas depresivos, al ser una forma de escape de la realidad de las personas, pero también esos síntomas pueden intensificarse por el consumo de alcohol. **Objetivo:** Analizar la relación entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. **Metodología:** Estudio descriptivo correlacional conformado por 82 jóvenes universitarios de entre 18 y 25 años. Para la recolección de los datos se utilizó una cédula de datos personales y prevalencias del consumo de alcohol, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo

de Alcohol. **Resultados:** El 61% eran mujeres y 39% hombres. La edad media de los participantes fue de $X = 19.32$ años ($DE = 2.26$). Se identificó una prevalencia global de consumo de alcohol de 90.2%, mientras que la prevalencia instantánea fue de 31.7%. La media del número de bebidas estándar consumidas en un día típico de consumo fue de $X = 4.30$ bebidas estándar ($DE = 2.92$). Se encontró que el 41.5% presentó consumo sensato y 14.6% consumo dañino. El mayor porcentaje 46.3% presentó depresión mínima y el 7.3% depresión grave. Los resultados obtenidos mostraron una relación positiva entre consumo de alcohol y síntomas depresivos, donde a mayor consumo de alcohol mayor presencia de síntomas depresivos ($r_s = .41, p < .01$). **Conclusión:** Gran porcentaje de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, el consumo de alcohol que presentó mayor prevalencia fue el consumo de alcohol sensato. Cerca de la tercera parte de los jóvenes universitarios presentaron sintomatología depresiva de moderada a severa, y se identificó que existe relación positiva entre síntomas depresivos y consumo de alcohol.

Palabras Clave: Síntomas depresivos, Consumo de alcohol, Jóvenes

Abstract

Introduction: Alcohol consumption is a public health problem because of its biopsychosocial implications for people who consume alcohol. It is considered that it can be related to other health problems such as depressive symptoms, since it is a form of escape from reality for people, but these symptoms can also be intensified by alcohol consumption. **Objective:** To analyze the relationship between depressive symptoms and alcohol consumption in young university students. **Methodology:** Descriptive correlational study comprising 82 young university students between 18 and 25 years of age. A personal data and alcohol consumption prevalence questionnaire, the Beck Depression Inventory and the Alcohol Use Disorders Identification Questionnaire were used for data collection. **Results:** 61% were female and 39% male. The mean age of the participants was $X = 19.32$ years ($SD = 2.26$). An overall prevalence of alcohol consumption was identified as 90.2%, while the instant prevalence was 31.7%. The mean number of standard drinks consumed on a typical drinking day was $X = 4.30$ standard drinks ($SD = 2.92$). It was found that 41.5% presented sensible consumption and 14.6% harmful consumption. The highest percentage 46.3% presented minimal depression and 7.3% severe depression. The results obtained showed a positive relationship between alcohol consumption and depressive symptoms, where the higher the alcohol consumption, the greater the presence of depressive symptoms ($r_s = .41, p < .01$). **Conclusion:** A large percentage of the participants had consumed alcohol at some time in their lives; the most prevalent alcohol consumption was sensible alcohol consumption. About one third of the young university

students presented moderate to severe depressive symptoms, and a positive relationship between depressive symptoms and alcohol consumption was identified.

Key Words: Depressive symptoms, Alcohol consumption, Young people

Introducción

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El uso nocivo del alcohol causa una alta carga de morbilidad y tiene importantes consecuencias sociales y económicas¹. De la misma manera, se considera uno de los principales factores de riesgo, debido a que origina cerca de 3 millones de muertes en el mundo al año² y puede conllevar a una muerte prematura. Por lo tanto, requiere de acciones preventivas y promoción de la salud³.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo e importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares^{1,3}.

La OMS señala que, en 2016, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo fue, en promedio, de 19,4 litros de alcohol puro entre los hombres y de 7 litros entre las mujeres¹. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT Continua) la prevalencia de consumo actual de alcohol en la población adulta mexicana fue de 55.5% (IC95%: 54.1,56.8)⁴. La prevalencia fue mayor en hombres (67.3% [IC95%: 65.4,69.2]) que en mujeres (44.6% [IC95%: 42.6,46.7]). El consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses fue de 40.4% (IC95%: 39.0,41.9) y el consumo excesivo en los últimos 30 días fue de 19.1% (IC95%: 17.9,20.2); así como también que el mayor consumo por región del consumo excesivo en los últimos 12 meses fueron Pacífico-Norte y Frontera y para el consumo excesivo en los últimos 30 días fueron Frontera y Pacífico-Centro³.

En México, la prevalencia global de consumo anual es de 94.3% (49 812 800 consumidores); en los hombres de 94.7% (29,907,700 consumidores) y en las mujeres de 93.7% (19,905,100 consumidoras). En cuanto al consumo de alcohol por edades, menciona que el consumo diario en la población de 18 a 65 es de 3%, así mismo en el consumo per cápita la población reporto beber 4.9 litros (L) de alcohol puro, donde los hombres consumen 7.9L y las mujeres 2.1L, es entre los 18 y 29 años donde se un consumo de 7.6L. En cuanto a las dificultades y problemas relacionados al consumo de alcohol en la población de 18 a 65 años con dependencia, dificulta principalmente su capacidad para trabajar o estudiar esto tanto en

hombres como mujeres, el 9.1% de los hombres han presentado problemas alguna vez en su vida en la escuela o trabajo, debido a su consumo, donde el porcentaje es 3 veces menor en las mujeres (3.0%), en lo que respecta a tener accidentes estos ocurren en mayor medida en hombres (2.3%) que en mujeres (0.5%), por lo tanto la población juvenil es una de los grupos de mayor consumo y por ende mayor riesgo de sufrir daños por esta sustancia lícita⁵.

De la misma manera, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT)⁵ señala que a nivel nacional los mayores porcentajes de consumo excesivo de alcohol se presentan en los estados de Jalisco (63.7%), Colima (57.3%), Nayarit (57.2%), Ciudad de México (53.4%), Aguascalientes (58.8%), Quintana Roo (55.5%) y Nuevo León (54.8%). Mientras que para el consumo excesivo en el último mes son Nuevo León (30.3%), Jalisco (27.7%), Coahuila (27.5%), Aguascalientes (26.3%), Baja California Sur (25.8%), Quintana Roo (25.4%), Sonora (24.8%), Chihuahua (23.8%), y Nayarit (23.7%).

En relación con el contexto anterior, en México se registraron 121 defunciones de mujeres y 2,389 de hombres por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, la mayoría (alrededor de 96% en ambos sexos) por síndrome de abstinencia. Asimismo, se registraron 1,108 defunciones de mujeres y 14,209 de hombres relacionadas con enfermedades del hígado debido al alcohol, la mayoría (alrededor del 94% en ambos sexos) por cirrosis hepática alcohólica o por insuficiencia hepática alcohólica⁶.

Por consiguiente, las cuestiones relacionadas con el abuso del consumo de alcohol en jóvenes universitarios es una problemática de interés puesto que socialmente ha formado parte de la vida cotidiana de muchos jóvenes. Dentro del ámbito universitario se presenta un alto consumo debido a que tienen un mayor acceso y no se tiene un control para adquirir dicha sustancia^{7,8}.

Por otro lado, el consumo de alcohol ha sido relacionado con la presencia de síntomas depresivos en jóvenes universitarios debido a que en la educación superior se enfrentan a desafíos, presiones y ansiedades que pueden hacerlos sentir abrumados esto relacionado a que se enfrentan a cambios sociales, psicológicos y biológicos que los hacen buscar una adaptación hacia lo que es en realidad la vida universitaria y lidiar con estos cambios puede desencadenar un aumento en el consumo por el efecto psicoactivo del mismo⁹.

La OMS en 2021 señala que la depresión es un trastorno mental común que afecta a un 3.8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5.7% de los adultos de más de 60 años y se caracterizado por que la persona experimenta síntomas depresivos tales como un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas, así como también se puede presentar dificultad de concentración, sentimiento de culpa

excesiva o de autoestima baja, falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía que provocan que la persona refiera una visión negativa sobre sí mismo, la vida y el futuro¹⁰.

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), señala que existe una asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de sintomatología depresiva, donde existe un riesgo de 57% mayor en personas con trastorno por uso de alcohol, también menciona que la relación entre ambas condiciones es compleja, ya que depende tanto del patrón de consumo de alcohol por parte de la persona, como de la forma en la que se presenta la depresión, aunque el consenso al respecto es que a mayor cantidad de alcohol consumido mayor es el riesgo de depresión, por lo tanto se podría decir que en los jóvenes el consumo de alcohol ocasional o excesivo están relacionados con la presencia de sintomatología depresiva y el trastorno depresivo mayor¹¹.

Es por lo anterior señalado, que el estudio sobre la presencia de síntomas depresivos en jóvenes universitarios es de gran importancia puesto que esto puede aumentar la probabilidad de comportamientos de alto riesgo como el consumo de alcohol en exceso. Para la enfermería es de gran importancia prestar especial atención a estos problema de salud, ya que tiene un papel fundamental en el ámbito de la prevención, mediante la realización de programas de educación para la salud, fomentar en la población estilos de vida saludables, por lo tanto se debe contar con amplios conocimientos sobre el alcoholismo y la relación con síntomas depresivos, ya que los estudiantes que beben grandes cantidades de alcohol, comparados con los que no beben, exhiben más conductas de riesgo para sí mismos y para los demás¹².

Los conflictos derivados con el consumo de alcohol y síntomas depresivos en los jóvenes son diferentes a la del adulto, puesto que en los jóvenes los efectos negativos suelen relacionarse con alteraciones por conflictos intrafamiliares, compañeros, maestros, bajo rendimiento o sobrecarga escolar y conductas de alto riesgo. Por lo anterior expuesto, el objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en jóvenes universitarios.

Metodología

El diseño del presente estudio es descriptivo correlacional. Se considera descriptivo ya que se propone observar y describir aspectos de una situación que sucede de manera natural, sin manipulación de variables, y se considera correlacional debido a que se relacionaron dos variables¹³. En esta investigación se describen las variables sociodemográficas, los síntomas

depresivos y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Así mismo, se analizó la relación entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en jóvenes universitarios.

La población estuvo conformada por 82 jóvenes universitarios de entre 18 y 25 años, ambos sexos, pertenecientes a una Facultad de una institución pública de educación superior del estado de Coahuila, México. Se empleó un muestreo por conveniencia. En el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol y dos instrumentos; 1) el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y 2) el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

La Cédula de Datos Personales y Prevalencia del Consumo de Alcohol está conformada por dos apartados. El primer apartado consta de ocho preguntas las cuales hacen referencia a los datos personales como sexo, edad, estado civil, escolaridad, año que cursan actualmente, ocupación y religión. En el segundo apartado se pregunta sobre los tipos de prevalencia (global, lápsica, actual, instantánea), la edad de inicio y la cantidad de consumo de alcohol.

El Inventario de Depresión de Beck es un auto informe elaborado por Beck y colaboradores¹⁴ que detecta y evalúa la existencia de síntomas depresivos y su gravedad en adolescentes y adultos. Se compone de 21 ítems de tipo Likert que se dividen en dos subescalas: 1) la afectiva (ítems 2-9: pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad) y 2) la somática (ítems 1, 10-21: tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual). La evaluación se elige a través de las características que cubren el periodo de las últimas dos semanas incluido el día de la aplicación.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), elaborada por la OMS, fue autorizada para la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich¹⁵, la escala valora el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está conformada por 10 reactivos, en los cuales, del uno al tres, muestra la cantidad y frecuencia de consumo, determinando el consumo sensato (sin riesgo), los reactivos del cuatro al seis

determinan el consumo dependiente (de riesgo) y del siete a diez determinan el consumo dañino (perjudicial). Los resultados oscilan de 0 a 40 puntos, la calificación de 0-3 puntos se considera como consumo sensato (sin riesgo), el resultado de 4-7 puntos se considera como consumo dependiente (de riesgo) y el reporte de 8 a más puntos se considera como consumo dañino (perjudicial).

Para la recolección de los datos se realizó un acercamiento con las autoridades donde se llevó a cabo el estudio y se les explicaron los objetivos de la investigación. Una vez que se obtuvo la autorización se les invitó a los alumnos para explicarles los objetivos del estudio y el procedimiento que se seguiría, se recalcó siempre el anonimato y la confidencialidad de la información. Una vez que aceptaron participar, se les explicó y entregó el consentimiento informado, se les informó que quienes no desearán participar tenían total libertad de no hacerlo y que eso no le perjudicaría académicamente. Antes de iniciar la recolección de datos se les solicitó que entregaran el consentimiento informado firmado.

Posteriormente se entregó a cada estudiante los instrumentos en el siguiente orden: Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol, Inventario de Depresión de Beck y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, que les tomo aproximadamente 20 minutos su llenado. Se les pidió a los participantes responder lo más cercano a su realidad, y se les solicitó amablemente que no dejarán preguntas sin responder. Se recordó el anonimato y confidencialidad de la información. Los encargados de la recolección de los datos del estudio se mantuvieron a una distancia considerable de los participantes por si llegaran a surgir dudas o preguntas por parte de los participantes. Se les indicó que al finalizar el llenado de los cuestionarios estos fueran entregados a los encargados.

Se les mencionó que la información recolectada será resguardada por los autores del estudio por un año y posteriormente será destruida. Por último, se les agradeció su participación a los estudiantes y a las autoridades su colaboración para llevar a cabo la recolección de datos. Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud¹⁶, que establece los aspectos éticos que se deben tomar en cuenta para el desarrollo de investigación en salud, y garantizar la dignidad y bienestar de los participantes.

Para realizar el análisis de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Se realizó la prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la distribución de los datos de las variables continuas. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través de la prueba de Alpha de Cronbach.

Para responder a los objetivos uno, dos y tres que proponen 1) identificar las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) del consumo de alcohol en jóvenes universitarios, 2) determinar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) en jóvenes universitarios, 3) conocer el nivel de presencia de síntomas depresivos en jóvenes universitarios se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes. Para responder el objetivo general, analizar la relación entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en jóvenes universitarios, debido a que los datos no presentaron una distribución normal se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Resultados

Características Sociodemográficas de los Participantes

La muestra estuvo conformada por 82 jóvenes universitarios. De los participantes 50 (61%) eran mujeres y 32 (39%) eran hombres. La edad media de los participantes fue de $X=19.32$ años ($DE=2.26$). El 97.6% (80) eran solteros y 2.4% (2) estaban casados. El 70.7% (58) únicamente estudiaban (tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	50	61.0
Masculino	32	39.0
Estado Civil		
Soltero(a)	80	97.6
Casado(a)	2	2.4
Ocupación		
Estudia	58	70.7

	Estudia y trabaja				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	19.32	18	2.26	18	25

Nota: fuente = cedula de datos personales; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *Min* = Mínimo; *Max* = Máximo; *n* = 82

Consistencia Interna de los Instrumentos

Se realizó un análisis de fiabilidad utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las escalas empleadas para medir las variables de interés. El Inventario de Depresión de Beck mostró un Alpha de Cronbach de .86, el AUDIT de .78, los cuales se consideran valores de confiabilidad aceptables¹³.

Prevalencias de Consumo de Alcohol en Jóvenes Universitarios

Respecto al objetivo específico uno, identificar las prevalencias (global, lapsica, actual e instantánea) del consumo de alcohol en jóvenes universitarios (tabla 2), se identificó una prevalencia global de consumo de alcohol de 90.2% (74) mientras que la prevalencia instantánea fue de 31.7% (26). La media del número de bebidas estándar consumidas en un día típico de consumo fue de $X = 4.30$ bebidas estándar ($DE = 2.92$), el mínimo fue de una bebida estándar y el máximo de 12 bebidas estándar.

Tabla 2

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol

Prevalencia de Consumo	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Prevalencia global</i>				
Alguna vez en la vida	74	90.2	8	9.8

Prevalencia lápsica

En el último año	72	87.8	10	12.2
------------------	----	------	----	------

Prevalencia actual

En el último mes	44	53.7	38	46.3
------------------	----	------	----	------

Prevalencia instantánea

En los últimos 7 días	26	31.7	56	68.3
-----------------------	----	------	----	------

Nota: fuente = cedula de datos personales; $n = 82$

Consumo de Alcohol en Jóvenes Universitarios

En el objetivo dos, determinar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) en jóvenes universitarios, primero se muestra la estadística descriptiva de cada uno de los elementos que conforman el AUDIT (tabla 3), posterior a ello, se presentan las frecuencias y porcentajes de la clasificación del tipo de consumo (tabla 4).

Se observó que, el 58.5% (48) ingiere bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, 31.7% (26) consumió de 3 a 4 cervezas o copas de bebidas alcohólicas en un día típico, el 24.4% (20) bebe menos de una vez al mes 6 o más bebidas alcohólicas, 17.1% (14) refirió experimentar menos de una vez al mes sentirse incapaz de parar de beber una vez que había comenzado, 9.8% (8) sintió remordimientos o culpabilidad menos de una vez al mes después de haber bebido, el 4.9% (4) indicó que en el último año ha resultado ha resultado lastimado o lastimó a alguien como consecuencia de la ingesta de alcohol.

En la tabla 4 se muestra la clasificación del tipo de consumo que tuvieron los participantes. Se encontró que el 41.5% (34) presentó consumo sensato y 14,6% (12) consumo dañino.

Tabla 3

Estadística descriptiva de los elementos que conforman el AUDIT

Ítem	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas?	Nunca	6	7.3
	Una o menos veces al mes	48	58.5
	2 a 4 veces al mes	18	22.0
	2 a 3 veces por semana	0	0
	4 a más veces a la semana	0	0
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?	1 o 2	30	36.6
	3 o 4	26	31.7
	5 o 6	6	7.3
	7 a 9	4	4.9
	10 o más	6	7.3
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?	Nunca	44	53.7
	Menos de una vez al mes	20	24.4
	Mensualmente	8	9.8
	Semanalmente	0	0
4. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?	Nunca	52	63.4
	Menos de una vez al mes	14	17.1
	Mensualmente	4	4.9

	Semanalmente	0	0
	Diario o casi a diario	2	2.4
5. Durante el último año, ¿con que frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?	Nunca	66	80.5
	Menos de una vez al mes	6	7.3
	Mensualmente	0	0
	Semanalmente	0	0
	Diario o casi a diario	0	0
6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	64	78.0
	Menos de una vez al mes	8	9.8
	Mensualmente	0	0
	Semanalmente	0	0
	Diario o casi a diario	0	0
7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?	Nunca	62	75.6
	Menos de una vez al mes	8	9.8
	Mensualmente	2	2.4
	Semanalmente	0	0
	Diario o casi a diario	0	0
8. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que	Nunca	60	73.2
	Menos de una vez al mes	10	12.2
	Mensualmente	2	2.4

sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?	Semanalmente	0	0
	Diario o casi a diario	0	0
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?	No	62	75.6
	Sí, pero no en el último año	6	7.3
	Si, en el último año	4	4.9
10. Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	No	64	78
	Sí, pero no en el último año	6	7.3
	Si, en el último año	2	2.4

Nota: fuente = Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol; $n = 82$

Tabla 4

Tipos de consumo de alcohol en jóvenes universitarios

Clasificación de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Consumo sensato	34	41.5
Consumo dependiente	20	24.4
Consumo dañino	12	14.6

Nota: fuente = Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol; $n = 82$

Síntomas Depresivos en Jóvenes Universitarios

En cuanto al objetivo específico tres, conocer el nivel de presencia de síntomas depresivos en jóvenes universitarios, se identificó que, el mayor porcentaje 46.3% (38) presentó depresión mínima y el 7.3% (6) depresión grave (tabla 5).

Tabla 5

Niveles de síntomas depresivos en jóvenes universitarios

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	38	46.3
Depresión leve	20	24.4
Depresión moderada	18	22.0
Depresión grave	6	7.3

Nota: fuente = Inventario de Depresión de Beck (BDI-2); $n = 82$

Relación entre Síntomas Depresivos y Consumo de Alcohol en Jóvenes Universitarios

Referente al objetivo general, determinar la relación entre los síntomas depresivos y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman debido a que los datos no presentaron distribución normal. Los resultados obtenidos muestran una relación positiva entre consumo de alcohol y síntomas depresivos, donde a mayor consumo de alcohol mayor presencia de síntomas depresivos ($r_s = .41, p < .01$).

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue analizar la relación entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. A continuación, se discuten los resultados encontrados en el objetivo uno identificar las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) del consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Se identificó una prevalencia global de consumo de alcohol de 90.2% la cual está por encima de la reportada en la ENCODAT 2016-2017⁵ que fue de 77.3%. La prevalencia lápsica encontrada fue de 87.8%, encontrándose

muy elevada en comparación de la reportada por la ENCODAT 2016-2017 de 53.3%. La prevalencia actual fue de 53.7%, también observada más elevada que la reportada por la ENCODAT 2016-2017 de 39.9%. Las diferencias entre las prevalencias de consumo de alcohol encontradas en este estudio con las reportadas por la ENCODAT 2016-2017 pueden ser atribuibles al año de los datos de la encuesta, la ENCODAT 2016-2017 reporta sus prevalencias de datos recopilados de junio a octubre de 2016, mientras que, en el presente estudio, se reportan prevalencias de datos recopilados en el 2023, lo cual nos puede llevar a pensar que el consumo de alcohol se ha incrementado a lo largo del tiempo.

En cuanto al objetivo dos, determinar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) en jóvenes universitarios. Se encontró que, el 41.5% presentó consumo sensato y 14,6% (12) consumo dañino, mientras que la ENCODAT 2016- 2017⁵ reportó que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año de forma consuetudinario fue de 9.3% y excesivo de 22. 1%. De los participantes de este estudio, que consumieron alcohol en el último año, la media del número de bebidas estándar consumidas en un día típico de consumo fue de 4.30 bebidas estándar ($DE = 2.92$), para la ENCODAT 2016-2017 puede ser considerado consumo excesivo, ya que esta define el consumo excesivo como el consumo de cinco copas o más en una sola ocasión en el caso de los hombres y de cuatro copas o más en una sola ocasión en el caso de las mujeres.

Respecto al objetivo tres, conocer el nivel de presencia de síntomas depresivos en jóvenes universitarios, se identificó que, el 46.3% presentó síntomas de depresión mínima, el 24.4% síntomas de depresión leve, 22% síntomas de depresión moderada, y 7.3% síntomas depresión grave. Los datos obtenidos son diferentes a los encontrados por Nuñez y

colaboradores¹⁷ quienes encontraron prevalencia de síntomas mínimos de depresión en 76%, síntomas leves de depresión en 14%, síntomas moderados de depresión en 6% y síntomas graves de depresión en 3%, asociados a la pandemia. Las diferencias pueden ser atribuidas al tamaño de la muestra, así como también al tiempo de recolección de datos y a que el estudio fue realizado en otro país. El instrumento que utilizaron es el Inventario de Depresión de Beck segunda edición, el cual también fue aplicado en esta investigación.

Por último, referente al objetivo general, analizar la relación entre síntomas depresivos y consumo de alcohol en jóvenes universitarios, se identificó una relación positiva entre síntomas depresivos y consumo de alcohol, indicando que, a mayor presencia de síntomas depresivos, mayor consumo de alcohol ($r_s = .41, p < .01$). La relación identificada entre síntomas depresivos y consumo de alcohol es similar a lo reportado por Rodríguez y colaboradores¹⁹ quienes reportaron correlación baja, positiva y significativa con la cantidad de bebidas

consumidas en un día típico ($r_s = .21, p = <.05$), que mostró que, a mayor cantidad de bebidas consumidas, mayor índice de síntomas depresivos.

Conclusión

En conclusión, se encontró que, gran porcentaje de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, el consumo de alcohol que presentó mayor prevalencia fue el consumo de alcohol sensato. Cerca de la tercera parte de los jóvenes universitarios presentaron sintomatología depresiva de moderada a severa, y se identificó que existe relación positiva entre síntomas depresivos y consumo de alcohol. Por lo tanto, los hallazgos del presente estudio reflejan la importancia de desarrollar estrategias o intervenciones que promuevan la prevención y el manejo de los síntomas depresivos, así como, la prevención del consumo de alcohol excesivo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol, 2022 [citado 10 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol, 2018 [citado 10 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
3. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Alcoholismo: una relación toxica, 2020 [citado 10 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5128-dia-uso-nocivo-alcohol.html>
4. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUTContinua), 2022 [citado 10 de enero 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>
5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM); Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud (SS). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez, JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017 [citado 10 de enero 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad, 2021 [citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/>
7. Barradas ME, Fernández N y Gutiérrez L. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 2016;6(12). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498153966028>
8. Nieto I. Consumo de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Extremadura. Metas Enfer. 2016;19(8):6-11. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80970/consumo-de-alcohol-entre-los-estudiantes-de-la-universidad-de-extremadura/>
9. Reyes L, Neira AC, Torres YE, Herrera LA, Gonzalez LC y Espolania RT. Salud mental y factores asociados a la depresión en estudiantes universitarios. Tejidos Sociales, 2021;3(1):1-6.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión, 2021 [citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Hablemos de alcohol y depresión” 15 de noviembre Día Nacional contra el uso nocivo de bebidas alcohólicas, 2020 [citado 12 de enero de 2024].
12. García S. El rol de enfermería en el tratamiento del alcoholismo. Revista Ocronos, 2023;VI(11):245. doi: <https://doi.org/10.58842/jefj4106>
13. Gray JR, Grove SK y Sutherland S. Burns and Grove’s The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8th ed), 2017. Elsevier Health Sciences.
14. Beck AT, Steer RA, Ball R y Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. Journal of Personality Assessment, 1996;67:588-597.
15. De la Fuente JR y Kershenobich D. El alcoholismo como problema médico. Revista Facultad de Medicina UNAM. 1992;35(2), 47-51.
16. Cámara de Diputado del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014 [citado 12 de enero 2024]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

17. Prada R, Gamboa AA y Hernández CA. Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del Covid-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia. *Psicogente*, 2021;24(45),108-127. doi: <https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4156>
18. Rodríguez-Puente LA, Navarro-Oliva EIP, Flores C, Villarreal JL, Botello LA, Pérez DM y Castillo RA. Síntomas depresivos, conducta disocial y consumo de alcohol y mariguana en jóvenes universitarios. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 2022;8(2),32-40. doi: <https://doi.org/10.28931/riiad.2022.2.05>

CONSUMO DE TABACO Y RENDIMIENTO ACADEMICO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

TOBACCO CONSUMPTION AND ACADEMIC PERFORMANCE IN NURSING STUDENTS

Juan Daniel Domínguez García¹, Alejandra Leija Mendoza², Nancy Griselda Pérez se muestra la consistencia interna del instrumento utilizado en el presente estudio para la prueba Farguestrom se obtuvo un Alpha de Cronbach de .90, lo cual se considera aceptable (Burns & Grove, 2004).

Tabla 1

Consistencia interna del instrumento

Instrumento	n	No. reactivos	α
Test Farguestrom	223	6	.90

Nota: n=muestra total, α = Alpha de Cronbach.

Estadística descriptiva

El promedio de edad de los participantes fue de 19 años (DE=1.23), así como un promedio de años de estudio de 14 años (DE=0.39). También se puede observar en la Tabla 2 el predominio del sexo femenino con el 80.7% ($f=180$).

Tabla 2

Sexo de los participantes

Sexo	f	%
Femenino	180	80.7
Masculino	43	19.3

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, n=223

Se puede observar en la tabla 3 que la prevalencia lapsica, actual e instantánea de tabaco fue del 100% ($f=223$) en los participantes el promedio de cigarrillos consumidos en un día fue de 1.57 (DE=1.04), mientras que la edad media de inicio fue de 15.94 años (DE=1.73).

Tabla 3

Prevalencia lápsica, actual e instantánea del tabaco

	<i>Si</i>	
Prevalencia de Consumo	<i>f</i>	%
En el último año	223	100
En el último mes	223	100
En los últimos 7 días	223	100

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje, $n=223$

Se puede observar en la tabla 4 que el 96% ($f=214$) tiene una dependencia baja y sólo el 4% ($f=9$) dependencia media.

Tabla 4

Nivel de dependencia de tabaco

Nivel	<i>f</i>	%
Dependencia baja	214	96.0
Dependencia media	9	4.0

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje, $n=223$

Se puede observar en la tabla 5 que el promedio escolar fue de 87.1 (DE=4.4), valores que fluctúan entre 70 y 95.

Tabla 5

Promedio escolar

Variable	n	Media	Mdn	DE	Min.	Max.
Promedio escolar	121	87.1	88.0	4.4	70	95

Nota: n=223, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar.

Estadística inferencial

Los resultados de la tabla 6 de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Correlación Lilliefors muestra que los datos muestran una distribución anormal por lo que se utilizara estadística no paramétrica usando la prueba de Spearman para la correlación de las variables.

Tabla 6

Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Correlación Lilliefors

Variable	n	Media	Mdn	DE	Valor Min.	Valor Max.	p
Test Farguestrom	223	1.10	1.00	1.26	1	5	.000
Promedio escolar	223	87.10	88	4.46	70	95	.000

Nota: n=223, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar, p=significancia.

En la tabla 7 se puede observar que existe una correlación significativa positiva entre las variables del estudio.

Tabla 7

Coefficiente de correlación de Spearman

	Test Farguestrom	Promedio escolar
Test Fraguestrom	-----	.223**

Promedio escolar

Nota: n=223, p=001

Discusión

El estudio se realizó en 530 estudiantes en su mayoría mayores de edad de los cuales se descartaron 307 por no cumplir los requisitos previos al estudio, al final solo se contó con 223 alumnos restantes dependientes del consumo de tabaco de una escuela de enfermería mientras cursaban su año escolar en la ciudad de Saltillo Coahuila.

Al revisar el puntaje final de las pruebas Fagerström se obtuvo que la mayoría de los sujetos dentro de nuestro estudio presentaron índices bajos de dependencia mostrando un consumo diario de 1 cigarrillo, no obstante, seguían manteniendo dependencia de consumo de tabaco. Así mismo, la media dentro del estudio es de 87 en su promedio general con índices bajos de consumo de tabaco mientras que los promedios por debajo de 70 y mayores de 90 predominaba el consumo bajo de tabaco. Por lo cual no se observó una relación entre consumo de tabaco y rendimiento escolar.

Hay autores como Cernas & Nava (2019) que refieren que el promedio escolar es un indicador clave del aprovechamiento estudiantil, ya que con el podemos cuantificar no sólo factores de carácter individual como la inteligencia, el compromiso con los estudios y la personalidad; sino también aspectos sociales como el ambiente familiar donde estos crecen y se desarrollan dando datos de alarma en caso de estar siendo expuestos hábitos no saludables para ellos.

En relación con su perfil sociodemográfico obtuvimos que la edad con más significancia dentro del estudio eran las personas con un promedio de 19 años, con 14 años de educación previa al momento del estudio mientras cursaban diferentes grados en su facultad. El género que tenía mayor prevalencia era el género femenino con el 80.7% de la población del estudio. el consumo de tabaco por primera vez rondaba alrededor de los 15 años, pero teniendo cifras como la edad de inicio más joven de algunas personas era a los 13 años.

Según la Comisión Nacional contra las Adicciones (2017), la edad de inicio de consumo de tabaco es a partir de los 12 años, diversas investigaciones han demostrado que en general ellos adoptan hábitos que representan riesgos para su salud en una búsqueda de placer y bienestar dejando de lado la educación, asociando esto con la predisposición de desarrollar otras adicciones además de situaciones que conducen al consumo excesivo de estas llegando a la dependencia.

Se observó que existe una dependencia baja al consumo de tabaco por parte de los estudiantes y que esto a su vez afecta de manera indirecta pero positiva en los mismos por el impacto reflejado en sus calificaciones, logrando un efecto placentero y de relajamiento como lo marcan algunos autores en sus investigaciones mencionadas anteriormente; dichos estudios establecen que el consumo de producto de tabaco es primordialmente gracias a la nicotina, ya

que esta ayuda a la liberación de dopamina y adrenalina, permitiendo así, tener un mejor control sobre el estrés ocasionado por las situaciones que enfrenta en su día a día como estudiante y mantener la mente en un estado de alerta.

Conclusión

La prevalencia de consumo de tabaco ronda en la población mayor de edad, la cual mantuvo índices de dependencia leve, el desempeño escolar y la relación con la dependencia de tabaco no fue encontrada. La relación más significativa aparece entre los estudiantes de un promedio de 81-90 con el 53.6% de estudiantes con una dependencia baja, mientras que el índice con menos prevalencia de consumo de tabaco se encuentra con los promedios escolares menores de 70 y mayores de 90 entre los alumnos, mostrando una dependencia baja al consumo de tabaco.

El consumo diario de tabaco entre los estudiantes tuvo una mayor prevalencia en un 68.6% de la población; esto es indicador de un posible riesgo a una alta dependencia. Al concluir con el estudio y en base a los datos aportados por este mismo, se observó que existe una dependencia baja al consumo de tabaco por parte de los estudiantes y que esto a su vez no afecta a sus calificación y el consumo se deba a un efecto placentero y de relajamiento como lo marcan algunos autores en sus investigaciones, estas marcan que el consumo de producto de tabaco es gracias primordialmente gracias a la nicotina ya que esta ayuda a la liberación de dopamina y adrenalina, permitiendo así, tener un mejor control sobre el estrés ocasionado por las situaciones que enfrenta en su día a día como estudiante y mantener la mente en un estado de alerta al mismo tiempo.

Referencias

- Abad, R.R. & Rivera, Z. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panam Salud pública*, 31(3) <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/05>
- Aina B, Onajole A, Lawal B, et al. (2009). Promoting cessation and a tobacco free future: willingness of pharmacy students at the University of Lagos, Nigeria. *Tob Induc Dis*. 22(5): 13. <http://doi.org/10.1186/1617-9625-5-13>

- Akram W, Yacoub SE, Ali Al Saedi AA, et al. (2011). The trend of smoking behavior and its relation to health knowledge among medical and literature colleges. *Am J Infect Dis.* 7(2): 45-50. <https://dx.doi.org/10.3844/ajidsp.2011.45.50>
- Al-Naggar RA, Al-Dubai SA, Al-Naggar TH, et al. (2011). Prevalence of smoking and associated factors among Malaysian University students. *Asian Pac J Cancer Prev.* 12(3): 619-24.
- Arillo-Santillán, E., Fernández, E., Hernández-Avila, M., Tapia-Uribe, M., Cruz-Valdés, A., & Lazcano-Ponce, E. C. (2002). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 44. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000700010>
- Bhojani UM, Chander SJ, Devadasan N. (2009). Tobacco use and related factors among pre-university students in a college in Bangalore, India. *Natl Med J India.* 22(6): 294-7.
- Bian J, Du M, Liu Z, et al. (2012). Prevalence of and factors associated with daily smoking among Inner Mongolia medical students in China: a cross-sectional questionnaire survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 7(20): 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/1747-597X-7-20>
- Bonifaz, I., Santiago, H., Ballesteros, A., Espinoza, O., & Santillan, L. (2017). Estilos de vida y su relación calificaciones escolares: estudio en Ecuador. *Revista Cubana de Investigaciones biomédicas*, 36(4), 1–14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000400006
- Cernas Ortiz, D. A., & Nava Rogel, R. M. (2019). Compromiso organizacional y promedio escolar en estudiantes de maestría: el efecto moderador de las tendencias aloécnicas e idiocéntrica *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 21(1), 1. <https://doi.org/10.24320/redie.2019.21.e26.2122>
- Carrasco, A., Gutiérrez, R., Cudris, L., Concha, C & Barrios, A. (2020) Consumo de sustancias psicoactivas, factores psicosociales y rendimiento académico en adolescentes colombianos. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica.* 39(3), 279-284. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosvenezolanosdefarmacologiayterapeutica/2020/vol39/no3/7.pdf>
- Cámara de Diputados el H, Congreso de la Unión (2022). Ley general para el control del tabaco ley general para el control. Diario oficial de la federación <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>

- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], (2017). Reporte de tabaco. Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco, (ENCODAT). (s/n).
<https://drive.google.com/file/d/11ktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
- Chinlle, D., Viteri, S & Guevara, M. (2017). Influencia del alcohol y el tabaco en el rendimiento académico de los estudiantes de primero, segundo y tercer nivel de la Facultad de Enfermería. *Repositorio de posgrado y tesis de la universidad católica de ecuador*. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15496>
- Fernández, E., Pérez, O. M., Torres, L. L., Peña. A. C. & Grau, R. (2016). *Percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos*. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 32(2), 140-152
<http://web.b.ebscohost.com.proxy.infosal.uadec.mx/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3a6bf7fc-4f10-4f37-888f-2d9f62e367c9%40sessionmgr102>
- Jafari F, Haji Zamani A, Alizadeh K. (2011). Reviewing the prevalence of (Cigarette) smoking and its Related Factors in Students of Tehran University, Iran. *Addict & Health*. 3(3-4): 105-10.
- Josseran L, King G, Guilbert P, et al. (2005). Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health*. 15(1): 33-8.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cki108>
- González, P., Hernández, E., Rodríguez, L., Castillo, R., Salazar, J., Camacho, J., (2019). Percepción de riesgos ante el alcohol y el tabaco en estudiantes de ciencias de la salud de Saltillo. *Enfermería global*; 18(4) <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.351381>
- Gonzalez L., & Berger K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia Y Enfermería*, 8(2). <https://doi.org/10.4067/s0717-95532002000200004>
- Haddad LG, Malak MZ. (2002). Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. *Int J Nurs Stud*. 39(8): 793-802.
- Intra MV, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol*. 11(1): 139-47
- Luccioli de Sobel N, Negri G, Piña N, et al. (2004). El hábito de fumar en estudiantes universitarios (carreras relacionadas con la salud). *Rev. Maest. Salud Pública*. 2(3): 1-31.

- Morel de Festner JC. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en estudiantes de Enfermería y Obstetricia del Instituto "Dr. Andrés Barbero"- Año-2007. Mem. Inst. Investig. *Cienc. Salud.* 6(2): 38-47.
- Nazemi S, Chaman R. Prevalence of smoking among universities students of Shahroud in 2010. (2012). *Open J Prev Med.* 2(2): 235-39.
<https://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2012.22034>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo. (S/N)
<http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- Ortega, C., Terrazas, M., Arizmendi, J. & Tapia, D. (2018) Conocimientos, actitudes y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de enfermería. *Enfermería universitaria* vol.15 (2)
- Patelarou E, Vardavas CI, Ntzilepi P, et al. (2011). Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: a cross- sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece. *Tob Induc Dis.* 9(1): 4. <http://dx.doi.org/10.1186/1617-9625-9-4>
- Rudatsikira E, Dondog J, Siziya S, et al . (2008). Prevalence and determinants of adolescent cigarette smoking in Mongolia. *Singapore Med J.* 49(1): 57-62.
- Sanchez, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V., & Morales, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *INFORMACIO PSICOLOGICA*, (80), 51–59.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/420>
- Sánchez-Hernández, C., & Pillon, S. (2011). Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 730–737. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000700010>

CUIDADO DE SÍ Y SU RELACIÓN CON LA TEORÍA TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON

SELF-CARE AND ITS RELATIONSHIP WITH JEAN WATSON'S TRANSPERSONAL THEORY

Uriarte-Ontiveros Silvia¹; Corral-Quiroz Rosalba de Jesús³,

1. Directora de la Revista de enfermería del Colegio de Enfermeras Sinaloenses A.C. Maestría en enfermería por la UNAM.
2. Presidente del Colegio de Enfermeras Sinaloenses A.C. Bienio 2023-2025. Maestría en Gestión de los Servicios de Salud. Coordinadora del comité de salud de la Asociación de Colegios Profesionistas de Sinaloa.

Autora principal

Correo: uriarte5914@hotmail.es

Introducción

Cuidado de sí se constituye como cuidado interior y exterior de sí y de los otros, lo que genera el hecho ético de manera de ser y hacer, de actuar en el bien y en lo justo. La ética es razón y sentido de obrar, no llevado por los bienes externos, sino por una convicción natural de la propia razón. Hay una historia de la experiencia de sí mismo en un juego de verdad, donde el sujeto se constituye a través de la subjetivación, como tarea decisiva, así lo expresa Foucault¹. Cuidado de sí es una aptitud y actitud; se hace, se lucha, se exige, se asume compromiso en el actuar, en el obrar, en el vivir, y esto expresa una vida ética; el obrar ético exige esfuerzo de la razón hacia la perfección; una apuesta al límite de búsqueda de la excelencia.

El cuidado de sí mismo debe realizarse a lo largo de toda la vida, cuanto más temprano uno comience mucho mejor. Además se dirige al alma pero envuelve al cuerpo en una infinidad de preocupaciones de detalle. Se convierte en un arte de vivir para todos y a lo largo de toda la vida; es un modo de prepararse para la realización completa de la vida. En este sentido para Watson, la relación enfermera-paciente, la explica como una relación de cuidado transpersonal. Este expresa una preocupación por el mundo de la vida interior y el significado subjetivo del otro ante la experiencia del ser, estar y existir en un ambiente completo de conexiones, en el cual la enfermera inicia como parte del ambiente y se transforma durante el proceso de cuidar en el ambiente del paciente. Ambos autores en su teoría de cuidado enfocan aspectos

fenomenológicos como datos subjetivos e intersubjetivos, como son los sentimientos, creencias de las personas, entre otras cosas. Por ello el objetivo de este trabajo fue; describir los conceptos

de cuidado de sí de Michel Foucault y su relación con la teoría transpersonal de Jean Watson, aseverando que ambos tienen una gran conexión con los fenómenos subjetivos de las personas de cuidado. Además coinciden que, se tiene que cuidado de uno mismo, para tener la garantía de cuidar a los otros.

Desarrollo

Según Michel Foucault, "cuidado de sí", lo define como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones¹. Además comprende un proceso de aprendizaje continuo que involucra unas acciones cuidadoras desde el marco de la integralidad de la persona: soma, mente, y espíritu¹. Esto involucra autonomía para tomar decisiones, madurez, auto respeto, responsabilidad, humildad, y autoestima en la búsqueda de una existencia mejor.

El cuidado de sí para otra vida en la hermenéutica del sujeto, Michel Foucault elabora en profundidad su propuesta del cuidado de sí, y lo hace a partir de la enseñanza de las escuelas alejandrinas y romanas, especialmente el estoicismo. Se trata de un trabajo de transformación de sí a través de unos ejercicios que permiten acceder a otra manera de vivir y constituirse como sujetos éticos en una práctica de la libertad incompatible con los estados de dominación. Sócrates es el iniciador de la propuesta de que hay que conocerse, pero para ocuparse de uno mismo. Es un combate para ser libre, contra las pasiones (a nivel interno) y contra las formas de dominio (a nivel externo). Un ejercicio importante es el de la vista desde lo alto, que consiste en salir de uno mismo para verse como parte del cosmos, y de esta forma relativizar lo que nos ocurre².

Para Foucault, la ética es la práctica de la libertad, pero de la libertad reflexionada; afirma que "la libertad es la condición ontológica de la ética. Pero la ética es la forma reflexiva que toma libertad. El cuidado de sí es una práctica permanente de toda la vida que tiende a asegurar el ejercicio continuo de la libertad; la finalidad de esta práctica es precisamente la libertad³. Es así como los sujetos que participan de estas prácticas de la libertad deben ocuparse de sí mismos para que de esta manera sus pensamientos y acciones, de acuerdo con sus vivencias, estén cargadas de valores morales que los han adquirido de su experiencia de vida, para cuidar de los otros, afirma que "no es por el hecho de aprender a cuidar de los otros que

estos sujetos establecerían sus conexiones con la ética, sino que es justamente porque ellos cuidan de sí mismos”⁴.

“Cuidar de sí mismo” es una de las formas encontradas por Foucault para traducir la compleja y rica noción griega de *epiméleia heautoû*, expresada a través de actitudes vinculadas al cuidado de sí mismo, la ocupación y la preocupación por sí mismo. Se puede despertar a

través de ejercicios de meditación, formas de atención y mirada, convirtiendo la mirada en uno mismo, actitudes con uno mismo, con el otro y con el mundo, acciones que podemos realizar y que nos pueden modificar, transformar, purificar y transfigurar. Asimismo, existen técnicas que pueden facilitar el autocuidado, como la memorización del pasado, la auto escritura, el examen de conciencia y las representaciones simbólicas⁵.

Además, Foucault citará algo que Hadot omite, que es la importancia de los ejercicios corporales, que no son los gimnásticos para fortalecer la musculatura o para embellecer el cuerpo, sino ejercicios respiratorios; suaves, para agilizar y dar fluidez al cuerpo y a través de él, al alma. También, la amistad; es un ejercicio espiritual por recuperar, que señala de todas maneras las diferencias entre la manera griega de relacionarse entre amigos².

Es así como el cuidado de sí presupone el reconocimiento de la existencia del otro. “La certeza de que el yo está llamado a entrar en relación con el otro supone la toma de conciencia de que la posibilidad de relación es una posibilidad ontológica de intersubjetividad, condición de la existencia”⁶.

En este sentido, Watson en su teoría de cuidado transpersonal, se relaciona con los conceptos de Foucault en el cuidado de sí, para Watson; el cuidado, es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente⁷. Watson explica la relación enfermera-paciente como una relación de cuidado transpersonal. Dicho término expresa una preocupación por el mundo de la vida interior y el significado subjetivo del otro ante la experiencia del ser, estar y existir en un ambiente completo de conexiones, en el cual la enfermera inicia como parte del ambiente y se transforma durante el proceso de cuidar en el ambiente mismo del paciente⁸. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo.

Desde esta perspectiva, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las

transacciones de cuidados humanos. Watson menciona, que el momento de cuidado es un momento revelador de la conciencia del otro, no es sólo lo que experimenta en un momento de enfermedad, de dolor, de duelo, de tristeza; es precisamente la conciencia de que el otro necesita estar sano; precisamente afirma que el momento en que “la enfermera se conecta a un nivel de espíritu a espíritu con otro, más allá de la personalidad, la apariencia física, la enfermedad, el diagnóstico, incluso el comportamiento que se presenta; la enfermera busca “ver” quién es esta persona llena de espíritu cuando él o ella “lee el campo” en ese caso”, crea un momento de cuidado⁹. En este sentido es cuando la enfermera logra introyectarse con la persona, al genera

confianza y entrega. Ello permite al paciente la dación de sus sentimientos y emociones para que enfermería genere los cuidados.

Además Jean Watson afirma que, “el momento de cuidado, puede ser un punto de cambio existencial para la enfermera, en el sentido de que implica una pausa, la elección de “ver”; es una acción informada guiada por una intencionalidad y conciencia de cómo estar en el momento: plenamente presente, abierto a la otra persona, abierto a la compasión y la conexión, más allá del enfoque de control del ego que es tan común”¹⁰.

Cabe señalar que este fenómeno se da cuando la enfermera tiene una interacción permanente con la persona de cuidado, sobre todo si existe una confianza recíproca entre la persona de cuidado y la enfermera (o). Por ello es necesario que el personal de enfermería al otorgar los cuidados esté libre de prejuicios y problemas personales para realizarlos. Como lo refiere Foucault, cuidar de sí mismo; para tener libertad de cuidar a los otros⁴. Watson hace referencia al ego, a la superación del ego, centrándose en la noción de que la enfermera debe abandonar la conciencia de “yo soy la enfermera, yo tengo el conocimiento, yo sé lo que es correcto, yo sé lo que es bueno para el paciente”, para pasar a un punto de flexibilidad y apertura fenomenológica. Entendiendo la apertura fenomenológica como el encuentro con el ser en el mundo, con la conciencia del otro en un momento determinado que favorece la comprensión de la persona en el momento dado y determinado y que puede favorecer su propio cuidado como repercusión de la creatividad generada por la enfermera¹¹.

En este sentido la base filosófica de Watson invita a desarrollar una preocupación por el entendimiento del comportamiento humano desde el propio marco de referencia del actor¹² (paciente); se construye a través de un método fenomenológico, que consiste en describir o entender las experiencias humanas, como el cuidado humano, la salud humana y las condiciones de enfermedad (pérdida pena, ansiedad, esperanza, desesperanza, amor, soledad, ser espiritual), el sentido más alto de conciencia y experiencias relacionadas con humanos y conceptos de existencia¹². Este fenómeno se observa cuando la persona de cuidado devela sus sentimientos

y emociones al personal de enfermería, se percibe una relación transpersonal, como lo menciona J. Watson^{7,12}.

Los principales conceptos de Jean Watson, los sustenta en los diez factores de cuidados, estos, los desarrolló hacia un concepto estrechamente relacionado con "caritas"; palabra en latín que significa "valorar, apreciar, prestar atención especial, sino una atención afectuosa"^{7,12}. Incluye una dimensión espiritual y una evocación manifiesta al amor y al cuidado.

A continuación se describe cada factor de cuidado.

1. Formación altruista en un sistema de valores. Watson asume el "día a día de la práctica profesional de la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral⁷. Además, refiere que

la enfermera docente puede tener una gran influencia en la formación humanitaria. Si bien es cierto, actualmente en la formación de profesionales de enfermería, existe un área de oportunidad en la implementación de los contenidos de ciencias humanas. Sin embargo, algunos docentes aplican los valores y el trato humano en los estudiantes, lo que genera confianza y seguridad en los mismos.

2. Inculcación de la fe-esperanza. Incorpora valores humanísticos y altruistas. facilita la promoción del cuidado enfermero holístico⁷. También describe la interrelación enfermera - paciente, a la hora de promover el bienestar, promueve en los pacientes su fe y sus creencias para tener una pronta sanación. Este fenómeno es muy frecuente en los cuidados de enfermería, en el momento que la persona está en un estado de salud delicada o grave, implementa cuidados espirituales con el paciente y familiares para su pronta recuperación.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Se refiere al reconocimiento de los sentimientos, lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación, tanto para la enfermera como para el paciente⁷. En este sentido cuando la enfermera reconoce sus fortalezas y sus debilidades, identifica como controlar sus emociones como (enojo, ira, tristeza), controla sus propios sentimientos, está aplicando el cuidado de sí misma, como lo menciona Foucault¹. Ello le permite tener la libertad de cuidar de los otros⁵, por ejemplo: cuando protege al paciente de sentimientos negativos para que no tenga miedo o muestre ansiedad. Sin embargo, el personal de enfermería que rehúsa reconocer sus sentimientos y emociones, difícilmente podrá entender a los demás. Por lo que se corre el riesgo de otorgar los cuidados de enfermería despersonalizados y de manera rutinaria, por lo que evita enfrentar aspecto de duelo y de dolor de los pacientes porque no tiene la sensibilidad para dar un consuelo.

4. Desarrollo de una relación de ayuda- confianza. El desarrollo de ayuda y confianza es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y una comunicación eficaz⁷. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad con la percepción de la realidad y con el apego a la verdad¹¹. Cuando el personal de enfermería tiene cuidado de sí mismo, tiene la libertad y la garantía de cuidar a los demás generando una confianza mutua entre el paciente y la enfermera (o).
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente⁷. Watson la enuncia más tarde como un “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son “una ventana por la cual se visualiza el alma”¹³.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. Watson refiere, que el proceso enfermero es similar al proceso de investigación en la sistematización y organización de los cuidados⁷. Cuando el personal de enfermería implementa el proceso de enfermería a través de las respuestas humanas y valora los aspectos subjetivos, como la tristeza, soledad, la ira, y sobre todo idéntica las causas que lo ocasionan, realiza un cuidado profesional y efectivo. Sin embargo en ocasiones por la carga de trabajo y la falta de tiempo el personal de enfermería implementa el proceso enfermero de manera parcial, donde valora datos objetivos; como signos vitales, heridas, estado de conciencia, entre otras cosas.
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente⁷. Este factor de cuidado, la enfermera enseña al paciente para que tenga una participación en su recuperación de su salud, además no tenga reingresos hospitalarios. Un ejemplo de ello, cuando se enseña al paciente y sus familiares como son los cuidados en el manejo de estomas, cuando el paciente ha presentado una obstrucción intestinal y requiere de este procedimiento. La esencia de esta instrucción a las personas es la retroalimentación y devolución del procedimiento, que la enfermera verifique que hubo aprendizaje. Además no haya reingresos hospitalarios por complicaciones del paciente.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual⁷. La enfermera tiene que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tiene en la salud y la enfermedad de los individuos. El entorno interno incluye el bienestar mental y espiritual y las creencias socioculturales de un individuo. Referente al entorno externo; esta la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios. Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo¹³. Un ejemplo de ello cuando el personal de enfermería otorga cuidados a una paciente que requiere de cuidados intensivos, se asegura de su entorno este limpio con la iluminación adecuada, en el momento de dar los cuidados se comunica con el paciente independiente del estado de conciencia, al tocarlo le da seguridad, se comunica con los familiares y les orienta sobre la evolución del paciente.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas⁷. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Watson posteriormente llama: "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger"¹³. Asimismo refiere que el brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.
10. Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas⁷. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. De acuerdo con Foucault, para tener una mejor comprensión de uno mismo, se requiere de ciertas técnicas como; ejercicios de meditación, formas de atención y mirada, convirtiendo la mirada en uno mismo, actitudes con uno mismo, con el otro y con el mundo, acciones que podemos realizar y que nos pueden modificar, transformar, purificar y transfigurar⁵.

Consideraciones Finales

El cuidado de sí, propuesto por Foucault es visto como una forma de ejercicio ético, ya que es una práctica social capaz de intensificar las relaciones sociales. "La certeza de que el yo está llamado a entrar en relación con el otro supone la toma de conciencia de que la posibilidad de relación es una posibilidad ontológica de intersubjetividad, condición de la existencia"⁶.

Jean Watson se inspiró en su teoría de cuidado transpersonal como una forma de aproximación, para que el cuidador profesional se convierta en instrumento terapéutico, una forma de entender la relación intersubjetiva, interpersonal y transpersonal situada en una esfera cósmica, donde cada acción tiene un efecto, lo que además impone una responsabilidad, entendida como una respuesta de profundo contenido ético¹². Ambos autores fundamentan su teoría en aspectos fenomenológicos, como la comprensión de las cosas como se muestran en el mundo.

En lo que respecta al cuidado de sí, por el personal de enfermería, lo primero que tiene que realizar un análisis de conciencia para comprender sus limitaciones, prejuicios o sentimientos. Que limitan el cuidado de los pacientes. Por ello debe programar técnicas de meditación, de escucha, socializar con los demás, leer, entre otros aspectos. Ello permitirá a la enfermera cuidar de los otros de una manera más asertiva y humana. Sin duda alguna la mayoría del personal de enfermería cuida de los otros con profesionalismo, trato humano y empatía.

Referencias bibliográficas

1. GERMÁN, Bes, C., Hueso Navarro, F., & Huércanos Esparza, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, 10(23), 221-232.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000300016https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016

2. Roca Jusmet L. Construirse como sujeto ético para una vida verdadera. Las propuestas de Pierre Hadot, Michel Foucault y François Jullien. *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*. (67); 2021: 159-172.
3. Giraldo-Díaz R. La resistencia y la estética de la existencia en Michel Foucault *Entramado*, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 90-100 Universidad Libre Cali, Colombia.
4. Rodríguez S. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Revista Enfermería Universitaria* 2017; 14(3): 191-198. Consultado el 23/06/2022: Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00191.pdf>
5. Zilli F. Siqueira- Perboni J. Oliveira SG. Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa. *Cul de los Cuid*. 2019; 23(53): 29-37.
6. Palazanni, Laura. "La contribución de la bioética en femenino a la praxis del cuidado". *Azafea Rev. Filos*. 2008: 145-157.
7. Railes M. Marriner .A. Teoría del autocuidado, en: *Modelos y teorías de enfermería*. España, Elsevier-Mosby, 7ª Ed. 2011: 265-281.

8. Citado por Zavala et al. Watson J. Taller: El cuidado de enfermería como sustento teórico. XXIX Congreso Nacional FEMAFEE. México, D.F. 24-26 de octubre 2012.
9. Citado por Guerrero et al. Watson, J. Human Caring Science. A theory of Nursing. Boston: Jones and Bartlett. 2011.
10. Citado por Guerrero et al. Watson, J. Nursing. The Philosophy and Science of Caring. Boulder: University Press of Colorado. 2008.
11. Citado por Guerrero et al. Watson J. Theory components and definitions. Cap.7. En: Nursing: human science and human care. A theory of nursing. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1999. p. 53-61.
12. Urrea- M E. Jana- A A. Garcia - B M. algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Emf. 17 (3): 2011;chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02. Pdf
13. Citado por Urrea et al. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979.

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE

Consensos y posicionamientos

Isaí Arturo Medina Fernández. Catedrático e investigador. Universidad Autónoma de Coahuila. isai-medina@uadec.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>.

Josué Arturo Medina Fernández. Catedrático e investigador. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. josue.medina@uqroo.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

Braulio Josué Lara Reyes. Catedrático e investigador. Universidad Autónoma de Coahuila. brlalar@uadec.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0002-9712-7774>

Néstor Humberto Obregón Sánchez. Catedrático e investigador. Universidad Autónoma de Coahuila. nobregon@uadec.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0002-7123-4379>

María Isabel Méndez Domínguez. Catedrático e investigador. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. mimendez@uqroo.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0003-2533-4683>

María Magdalena Delabra Salinas. Catedrático e investigador. Universidad Autónoma de Coahuila. magdalena-delabra-salinas@uadec.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0002-4467-191X>

Correo de correspondencia: Isaí Arturo Medina Fernández. Catedrático e investigador. isai-medina@uadec.edu.mx. Calz Francisco I. Madero 1237, Zona Centro, 25160 Saltillo, Coah. Teléfono: 844 414 2588

Fecha de envío 17 de enero de 2024

- “Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito”.
- “Todos los autores participaron en la búsqueda de información, diseño de la idea, redacción y revisión del artículo

Resumen

Introducción: La atención primaria en salud tiene como fin el garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar del individuo/ comunidad desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así mismo debe ser accesible, integral y cercana a la comunidad, sin embargo, existe factores como son

los determinantes sociales de salud que obstaculizan o limitan dicha atención de calidad, este son los determinantes de la salud. El conocer las causas de los problemas de salud sirve para proponer acciones que repercutan en la salud de la población, principalmente de las comunidades más vulnerables

Desarrollo: El modelo de determinantes sociales de salud están clasificado en dos apartados, el primero son los determinantes estructurales, principales factores para que exista inequidades en la atención y los determinantes intermedios que la constituyen las circunstancias materiales y están influidas por la vivienda, higiene y el entorno, el segundo punto son los factores psicosociales, así mismo también existen los factores conductuales y biológicos, esta son acciones que realiza el individuo o comunidad que afectan su estado de salud. Además, estos factores ocasionan la probabilidad de responder a esa desigualdad en la atención recibida, mediante la accesibilidad o utilización de los servicios sanitarios. **Conclusión:** los determinantes sociales en salud son factores con las que se nacen hasta que se mueren y están constituidas por determinantes estructurales y determinantes intermedios, que a su vez impactan en la salud y atención sanitaria.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, atención primaria de la salud, enfermería comunitaria

Abstract

Introduction: Primary health care aims to guarantee the highest possible level of health and well-being of the individual/community from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and it must also be accessible, comprehensive and close to the community, however, there are factors such as social determinants of health that hinder or limit such quality care, these are the determinants of health. Knowing the causes of health problems serves to propose actions that impact the health of the population, mainly the most vulnerable communities. **Development:** The model of social determinants of health is classified into two sections, the first are the structural determinants, the main factors for the existence of inequities in care and the intermediate determinants that constitute the material circumstances and are influenced by housing, hygiene and the environment, the second point is the psychosocial factors, likewise there are also behavioral and biological factors, these are actions carried out by the individual or community that affect their state of health. Furthermore, these factors cause the probability of responding to this inequality in the care received, through the accessibility or use of health services. **Conclusion:** social determinants of health are factors with which people are born until they die and are made up of structural determinants and intermediate determinants, which in turn impact health and health care.

Keywords: social determinants of health, primary health care, community nursing

Introducción

La salud es un estado completo de bienestar que está influido por los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Estos determinantes de la salud están influidos por circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven en la vida cotidiana e impactan en la salud de los individuos, familia y comunidades ^{1,2}.

No obstante, para mantener o mejorar la salud deben contar con un primer punto de contacto que es la atención primaria en salud, esta tiene un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, así como su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas³.

Este tipo de servicios de salud se espera que cumpla con los requisitos de estar centrada en la persona/familia/comunidad, que sea accesible, integral y cercana a la comunidad. Cuando se otorgan con calidad, los servicios de atención primaria tienen un impacto positivo en la salud de la población, ya que reducen la demanda de servicios de urgencia y evitan hospitalizaciones, sin embargo, existe factores como son los determinantes sociales de salud que obstaculizan o limitan dicha atención de calidad⁴.

Para poder explicar la salud, al paso de los años se ha desarrollado diversos modelos de determinantes de la salud, uno de los más destacados es el de Lalonde, la cual considera que están asociadas a la interacción de cuatro factores, el primero es la biología humana, relacionada con factores hereditarios, como la genética; el segundo es el medio ambiente, están constituida por factores del entorno social y natural. Otro de los factores son los estilos de vida y hábitos de vida que pueden estar influido por aspectos sociales al considera el comportamiento y conductas de salud. Por último, se encuentra el sistema sanitario, la cual condiciona la accesibilidad, eficacia y efectividad en la atención en salud ⁵.

Sin embargo, lo antes referido se ha ido modificando, teniendo un enfoque social y no meramente biológico, es por ello el desarrollo de los determinantes sociales de salud. Este enfoque tiene como fin primordial el conocer las causas de los problemas de salud, identificar de dónde surgen las dificultades y, con base en tal conocimiento, proponer acciones que repercutan en la salud de la población, principalmente de las comunidades más vulnerables y que a su vez tiene una influencia sobre la atención primaria en salud. Planteado lo anterior este ensayo tiene como objetivo: explicar los determinantes sociales de salud y su impacto en la atención primaria en salud

Desarrollo

Actualmente los servicios de salud pública y de atención primaria convergen en acciones comunitarias y en los servicios de prevención, promoción y atención que se brindan en el primer nivel de atención. No obstante, las instituciones del Sector Salud enfrentan desafíos comunes para otorgar estos servicios, como son los determinantes sociales de salud⁴.

Los aspectos sociales como determinante fueron planteado por la Comisión de los determinantes sociales de la salud, esta considera factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales. A su vez este resultado ocasiona una desigualdad social en salud, es decir genera diferencias injustas y evitables en grupos poblaciones y por regiones.

Este modelo está clasificado en dos apartados, el primero son los determinantes estructurales, la cual son aquellas características que definen la posición socioeconómica y estratificación de la sociedad, genero, raza, grupo étnico, acceso a educación y al empleo⁶. Estos determinantes son uno de los principales factores para que exista inequidades en la atención, dado las diferencias entre los sectores de la población, las brechas de salud y los gradientes de salud, es decir las diversas condiciones de la población y que se establecen acciones para mejorar la salud considerando el nivel social.

Otro de sus componentes son los determinantes intermedios que la constituyen las circunstancias materiales, están influidas por la vivienda, higiene y el entorno, el segundo punto son los factores psicosociales lo conforma situaciones que pueden influir sobre la salud mental mediante estresores y falta de apoyo social, aumentando un riesgo potencial para la salud, y también existen los factores conductuales y biológicos, esta son acciones que realiza el individuo o comunidad que afectan su estado de salud. Por último, se encuentra el sistema de salud, la cual afecta directamente sobre la vulnerabilidad en salud y una atención de equidad.

Ahora bien, estos determinantes tienen un impacto en la atención, ocasionando la posibilidad de tener una buena salud o contribuir al deterioro de la misma. Referido lo anterior el sistema de salud existen la probabilidad de responder a esa desigualdad en la atención recibida, mediante la accesibilidad o utilización de los servicios sanitarios⁶.

La utilización de los servicios sanitarios, están constituidos por diversos factores que influyen sobre el acceso en la atención en salud, entre ellas la demanda, que es la necesidad de los servicios en salud. De igual manera la accesibilidad, forma parte primordial con el contar con recursos para ofrecer una atención de calidad.

Otro de los factores son los asociados con las características de la población, por ejemplo, la edad, sexo, raza, está dado que existen grupos poblacionales que tiene mayor riesgo,

como por adultos mayores, mujeres y grupos originarios, pueden presentar ciertas enfermedades más frecuentes y aumente su vulnerabilidad.

Así mismo, los aspectos socioeconómicos están asociadas con la utilización de los servicios de salud, de forma específica el analfabetismo sanitario, siendo una barrera para el procesamiento de información de salud con el fin de tener un autocuidado. Otro de los puntos se encuentra las condiciones de empleo, debido a que también aumenta el riesgo de enfermedad mediante las afectaciones psicológicas y dificultades en el cuidado de su salud por desigualdad económica, a su vez genera pobreza y una exclusión social, ambos factores de riesgo para no garantizar acceso a la salud con alguna seguridad social, por lo que estarían desprotegidos.

Por otra parte, la atención primaria en salud también está afectadas por las percepciones de la enfermedad, las representaciones sociales de salud, es decir la manera de abordar situaciones de salud con base a sus creencias y cultura. Por ultimo las relaciones sociales positivas y apoyo social, permite que los individuos tengan interacciones favorables para un mejor estado de salud.

Referido lo anteriormente debe considerarse todos los puntos señalados para mejorar los servicios de salud, establecer políticas públicas con otro enfoque y no mirar la salud como algo biológico, sino también con una cuestión social compleja, puesto que se relaciona específicamente con las condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político⁷

Conclusión

Considerando que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino principalmente, en los determinantes sociales de la salud, es decir, en las causas de las causas. Dicho lo anterior los determinantes sociales en salud son factores con las que se nacen hasta que se mueren y están constituidas por determinantes estructurales y determinantes intermedios, que a su vez impactan en la salud y atención sanitaria. Es por ello que la solución de acortar la brecha de salud está en manos de los sistemas de salud que producen y reproducen las inequidades sociales, que son evitables, pero que no serán resueltas hasta tanto no se asuman el cambio de los determinantes estructurales e intermedios.

Referencias

1. Alfaro-Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Rev Sal Jal [Internet]. 2014;1(1):36–46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78999>

2. Urbina M. Determinantes sociales en salud. In: Instituto Nacional de Salud Pública, editor. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Primera ed. México; 2012. p. 11–2.
3. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud#:~:text=La APS es un enfoque,va desde la promoción de>
4. Dommarco RJ, Cuevas PR, Morales RH, Ponce EL, Aranda AC, Shamah L, et al. Salud Pública y atención primaria Base del acceso efectivo a la salud e los mexicanos [Internet]. Vol. 53, Instituto Nacional de Salud Pública. 2019. 1–80 p. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180919_Salud_atencion_primaria_11septiembre.pdf
5. De la Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. J Negat No Posit Results. 2020;5(1):81–90.
6. Otero Á, Zunzunegui V. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. In: Elservier, editor. Atención familiar y salud comunicataria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. España; 2011. p. 87–99.
7. Girard J, Philippe L. La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud. In: Instituto Nacional de Salud Pública, editor. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Primera ed. México; 2012. p. 37.

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA CON RELACIÓN A SÍNTOMAS DEPRESIVOS

QUALITY OF LIFE IN WOMEN SURVIVORS OF BREAST CANCER IN RELATION TO
DEPRESSIVE SYMPTOMS.

Wendy Lizbeth Beltrán Gonzalez¹, Diana Rosario Gaona de la Cruz¹

1.- Estudiantes de la Licenciatura de Enfermería. Facultad de enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo. Universidad Autónoma de Coahuila

RESUMEN

Introducción: Ante un diagnóstico de Cáncer de Mama es de esperarse que las mujeres manifiesten respuestas emocionales transitorias acompañadas con síntomas que, al intensificarse, pueden incidir en su calidad de vida y salud, así mismo los síntomas depresivos han recibido una importante atención dada su vinculación con la incidencia y letalidad del cáncer. Pese a su recuperación y tratamiento estos factores persisten en la vida de cada mujer. Por tanto el objetivo de este estudio fue analizar la relación de los síntomas depresivos y la calidad de vida en mujeres de 20 a 59 años sobrevivientes del CAM del sureste de Coahuila. **Metodología:** 31 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, en un rango de edad de 20 a 59 años, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Completaron el cuestionario WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida y el inventario de depresión de Beck para obtener el nivel de síntomas depresivos. **Resultados:** En los resultados obtenidos se observó una relación negativa moderada entre las variables de estudio donde a mayor presencia de síntomas depresivos menor calidad de vida en las participantes del estudio ($r^2 = -.483, p = .006$). **Conclusión:** Se encontró una relación negativa moderada entre los síntomas depresivos con la calidad de vida. El 7.4% de las pacientes reportaron nivel elevado depresión, los niveles de calidad de vida relacionada con la salud fueron conservados y al 67% de la muestra no se le detectó progresión de enfermedad en sus TC. Los resultados obtenidos, permiten concluir que las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama presentan una calidad de vida estable dado que no se presentan síntomas depresivos. Sin embargo, nos percatamos que las entrevistadas refieren que la economía es un factor importante para poder mantener una calidad de vida estable y no presentar síntomas depresivos.

Palabras clave: cáncer de mama, síntomas depresivos, calidad de vida, sobrevivientes.

ABSTRACT

Introduction: After a diagnosis of breast cancer, it is to be expected that women manifest transitory emotional responses accompanied by symptoms that, when intensified, can affect their quality of life and health, likewise depressive symptoms have received significant attention given their link with the incidence and lethality of cancer. Despite recovery and treatment, these factors persist in the life of each woman. Therefore, the objective of this study was to analyze the relationship between depressive symptoms and quality of life in women aged 20 to 59 years who are survivors of CAM in southeastern Coahuila. **Methodology:** 31 women survivors of breast cancer, in an age range of 20 to 59 years old, selected through a non-probabilistic convenience sampling. They completed the WHOQOL-BREF questionnaire to measure quality of life and the Beck Depression Inventory to obtain the level of depressive symptoms. **Results:** The results obtained showed a moderate negative relationship between the study variables, where the greater the presence of depressive symptoms, the lower the quality of life of the study participants ($r^2 = -.483$, $p = .006$). **Conclusion:** A moderate negative relationship was found between depressive symptoms and quality of life. The 7.4% of the patients reported high levels of depression, the levels of health-related quality of life were preserved and 67% of the sample did not show disease progression in their CT scans. The results obtained allow us to conclude that women survivors of breast cancer present a stable quality of life given that there are no depressive symptoms. However, we noticed that the interviewed women referred that the economy is an important factor in order to maintain a stable quality of life and not to present depressive symptoms.

Key words: breast cancer, depressive symptoms, quality of life, survivors.

Introducción

El cáncer de mama (CAM) es el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte en países desarrollados. Su incidencia está en aumento, pero su diagnóstico precoz ha logrado disminuir la mortalidad. En algunas ocasiones, el CAM obedece a mutaciones (alteraciones) genéticas heredadas (1). Los factores de riesgo más comunes o presentes en el CAM son: antecedentes familiares, tener 40 años o más, no haber tenido hijos, tomar hormonas para la menopausia, tener obesidad, también otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida son, el sedentarismo, alto consumo de alcohol, grasas, carbohidratos y bajo consumo de fibra, el sexo es uno de los factores más comunes, se estima que el CAM tiene una proporción mayor en mujeres que en hombres, el CAM aparece en el 99% de las mujeres; otro factor importante es la edad, el riesgo de contraerlo

aumenta en los años de vida sexual de la mujer, sin embargo, durante los principios de la menopausia este sigue incrementando, pero en menor nivel (2,3).

Un factor de bienestar que se ve alterado cuando se experimenta un proceso de enfermedad es la calidad de vida (CV), que se define como la valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global, con relación a su salud y a las consecuencias de su enfermedad y tratamiento. Un tratamiento exitoso debe considerar no sólo la sobrevivencia sino también la CV del paciente. Una manera de evaluar cómo las pacientes afrontan su enfermedad y cómo esta influye en sus capacidades mentales, físicas y sociales es a través de la calidad de vida (4).

Ante un diagnóstico de CAM, es de esperarse que las mujeres manifiesten respuestas emocionales transitorias acompañadas con síntomas depresivos (SD) que, al intensificarse, pueden incidir en su calidad de vida y salud, así mismo los SD han recibido una importante atención dada su vinculación con la incidencia y letalidad del cáncer (5,6).

Los SD se definen como sentimientos de tristeza y agonía, o la pérdida de interés en determinadas actividades de las cuales anteriormente disfrutaba realizar. Pueden incluir trastornos en hábitos del sueño, apetito, nivel de energía, concentración, comportamiento diario o autoestima. De igual manera, los SD pueden ir variando, dependiendo del estado de gravedad de estos síntomas, aumentando su riesgo en las personas, trayendo consigo pensamientos suicidas.

Los síntomas depresivos son indicadores observables de depresión en el paciente que pueden ser identificados tanto por él, como por cuidadores o familiares. Las guías de diagnóstico clínico consideran la depresión como el decaimiento del estado de ánimo durante más de dos semanas y la pérdida de disfrute de actividades que anteriormente eran placenteras. En casos de cáncer de mama, los síntomas depresivos son comorbilidades importantes y predictores de una pobre calidad de vida. Pueden causar estrés en los familiares y cuidadores, le dan menos tiempo de sobrevivencia a la paciente oncológica, en especial cuando se acompañan de dolor o malestares físicos, y afectan en su función sexual, percepción corporal y autoestima (7,8). Diversos estudios han indicado que la población de mujeres con CAM es vulnerable a desarrollar altos niveles de morbilidad psicológica. Algunos reportan la presencia de SD, altos niveles de ansiedad, sensación de desesperanza, así como malestar general y dolores físicos (9).

El CAM ha dado un gran impacto en la sociedad y en el área de la salud, no reconoce lugares, edades, religiones, ni géneros, no respetan órgano alguno del cuerpo humano provocando una afectación que repercute en el enfermo, su familia y en la sociedad trayendo consigo que la CV se relacione con el personal de enfermería, para sus cuidados específicos

durante y después del tratamiento. En enfermería, el personal debe ser capaz de identificar las respuestas de afrontamiento en cualquier etapa de la enfermedad, debe promover estrategias dirigidas a proporcionar cuidados a las pacientes con cáncer según sus necesidades, mediante acciones que contribuyan a mejorar sus estrategias de afrontamiento. El impacto del cáncer y sus tratamientos oncológicos, modifican el curso natural de la vida del individuo en sus actividades diarias, como el trabajo, las relaciones y los roles familiares, de ahí la importancia de intervenir en estas problemáticas con el fin de lograr un reconocimiento de la nueva imagen corporal y, por ende, mejorar la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas y disminuir el sufrimiento emocional que presentan. Debido a lo antes mencionado, el objetivo de este estudio fue analizar la relación de los síntomas depresivos y la calidad de vida en mujeres de 20 a 59 años sobrevivientes del CAM del sureste de Coahuila.

Metodología

El diseño de estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, ya que el propósito de la investigación fue identificar la relación que existe de la calidad de vida y síntomas depresivos en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama (10).

La población de estudio fueron mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que no se cuenta con una base de datos precisa. La secretaria de salud en Coahuila no cuenta con una base de datos precisa sobre las mujeres sobrevivientes al CaM. Por tal motivo, se acudió a diversos centros donde se brindan grupos de apoyo como lo fueron el sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) y al centro oncológico de Saltillo. Ya que la muestra tuvo características específicas necesarias para el estudio, además de su fácil acceso por acudir a dichos centros.

Con respecto a la muestra esta se determinó considerando las participantes que acudieron a los centros antes mencionados y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, recaudando así 31 participantes.

Para formar parte del presente estudio fueron considerados criterios de inclusión: Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama de 20 a 59 años, que sepan leer y escribir, también residir en el sureste del estado de Coahuila y proporcionar su consentimiento informado. A su vez, los criterios de exclusión fueron: Mujeres que cuenten actualmente con cáncer de mama, estar bajo algún tratamiento de quimioterapia. Estar bajo algún tratamiento farmacológico o psicológico para el tratamiento de síntomas depresivos.

Resultados

En este apartado se muestra la confiabilidad de los instrumentos empleados para esta investigación, donde se utilizó el Coeficiente Alpha de Cronbach. Incluida la escala de Calidad de vida WHOQOL-BREFF, así como sus subescalas bienestar físico, inclusión social y bienestar emocional, obteniendo una confiabilidad aceptable que oscila entre .620 a .907. También, la consistencia interna a través del coeficiente Alpha de Cronbach en el Cuestionario de depresión de Beck en la que obtuvo una confiabilidad aceptable ($\alpha = .884$).

Para dar respuesta al primer objetivo específico, en la tabla 1 se muestra que la mayoría de la población (54.9%) tienen entre 40 y 49 años. La edad promedio fue de 45.35 años. En relación con la escolaridad, la mayor parte de los participantes (41.9%) tienen una licenciatura terminada, mientras que el resto de la población cuentan con el bachillerato (22.6%) y una carrera técnica (22.6%) concluidas. En cuanto al estado civil el 38.7% de las participantes se encuentran divorciadas. Con relación al cáncer de mama, la mayoría de las participantes tuvieron el diagnóstico entre el año 2017 al 2022 (61.3%).

Tabla 1.

Características sociodemográficas

<i>Características</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Edad		
26-40	10	32.2
41-50	15	48.4
51-60	6	19.3
Escolaridad		
Primaria	1	3.2
Secundaria	3	9.7
Bachillerato	7	22.6

Carrera técnica	7	22.6
Licenciatura	13	41.9
Estado civil		
Soltera	3	9.7
Casada	11	35.5
Divorciada	12	38.7
Unión libre	5	16.1

Nota: n= 31, f= frecuencia, %= porcentaje.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico en el que se pretende describir el nivel de la calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en el sureste de Coahuila, se observa que el 61.3% de las participantes presentan una calidad de vida alta, el 32.3% presentan una calidad normal, el 3.2% presentan una calidad de vida muy baja y satisfecha (Tabla 2).

Tabla 2.

Nivel de calidad de vida.

Puntajes	f	%
Nivel de Calidad de vida Muy baja	1	3.2
Nivel de Calidad de vida Baja	0	0.0
Nivel de Calidad de vida Normal	10	32.3
Nivel de Calidad de vida Alta	19	61.3
Nivel de Calidad de vida Satisfecha	1	3.2

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=31 Calidad de vida WHOQOL-BREFF

De igual manera para dar respuesta al tercer objetivo específico en el cual se refiere identificar el nivel de los síntomas depresivos presentes en mujeres sobrevivientes del CAM. El 54.8% se encuentra con una depresión mínima, 25.8% con depresión leve y solo el 6.5% reportó depresión grave.

Tabla 3.

Niveles de síntomas depresivos.

Puntajes	F	%
Nivel de síntomas depresivos mínima	17	54.8
Nivel de síntomas depresivos leve	8	25.8
Nivel de síntomas depresivos moderada	4	12.9
Nivel de síntomas depresivos grave	2	6.5

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=31 Instrumento de depresión de Beck

Para dar respuesta al objetivo general del estudio, el cual menciona determinar la relación entre la calidad de vida y síntomas depresivos en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en el sureste de Coahuila, se observó una relación negativa moderada entre las variables de estudio donde a mayor presencia de síntomas depresivos menor calidad de vida en las participantes del estudio ($r^2 = -.483$, $p = .006$) (Tabla 4).

Tabla 4.

Rho de Spearman correlación síntomas depresivos y calidad de vida en las mujeres sobrevivientes al CAM

	Calidad de vida WHOQOL
Síntomas depresivos (Escala de Beck)	
R^2	-.483**
P	.006

Nota: ** = $p < .001$, n=31

Discusión

El propósito del presente estudio fue analizar la relación que existe entre la calidad de vida y los síntomas depresivos en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama del sureste de Coahuila. Para el objetivo general se encontró una relación negativa moderada entre los síntomas depresivos con la calidad de vida, donde se observa que difiere con Altuve (5). El 7.4% de las pacientes reportaron nivel elevado de depresión, los niveles de CV relacionada con la salud fueron conservados y al 67% de la muestra no se le detectó progresión de enfermedad en sus TC. No se encontró asociación entre la depresión, la CV relacionada con la salud y la progresión de enfermedad. Igualmente se observa que coincide con Hernández (11), en donde se concluye que la ansiedad y estrés influyeron negativamente sobre la salud global y funcionamiento (físico, cognitivo y rol) y positivamente con los síntomas (nauseas, dolor, fatiga, pérdida de apetito y dolor). Así también como distintos autores afirman la relación que existe entre estas variables Restrepo (12). Se concluye que la ansiedad y el estrés disminuyen la calidad de vida e incrementan la carga sintomática.

Con relación al primer objetivo específico, perfil sociodemográfico de los participantes se observa que el cáncer de mama el 61.3% de la población fueron diagnosticadas entre los años 2017 y 2022. Referente al grado de estudios el 41.9% de las mujeres refieren haber terminado una licenciatura, seguido de una carrera técnica con un 22.6% y el 22.6% mencionó haber terminado solamente el bachillerato, el 38.7% se encuentran divorciadas, se observa que la media de edad fue de 45.35 años lo cual coincide con el perfil sociodemográfico de Molano-Tobar (13).

De acuerdo con lo expuesto en el segundo objetivo específico que menciona describir la calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en el sureste de Coahuila, se encontró que más de la mitad (61.3%) de las mujeres encuestadas manifiestan una calidad de vida alta, así como un poco menos de la mitad (32.3%) mantienen una calidad de vida normal, el 3.2% presentan una calidad de vida muy baja y satisfecha y nadie manifestó una calidad de vida baja. Estas cifras se encuentran por encima de lo reportado por Altuve (14), en población de mujeres (de 20 a 59 años) ya que la WHOQOL se situó en un rango normal.

El tercer objetivo específico menciona describir los síntomas depresivos de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama de lo que el 54.8% se encuentra con una depresión mínima, mientras que el nivel medio consta de 25.8% de depresión y solamente un 6.5% de las participantes presentan una depresión grave. Defiriendo con el autor Altuve (5), quien menciona que el 73.4% de las pacientes reportaron nivel elevado de depresión.

Conclusiones

Los resultados obtenidos, permiten concluir que las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama presentan una calidad de vida estable dado que no se presentan síntomas depresivos. Sin embargo, nos percatamos que las entrevistadas refieren que la economía es un factor importante para poder mantener una calidad de vida estable y no presentar síntomas depresivos, pues mencionan que, sin este, la tasa de depresión aumentaría dado que no podrían continuar con sus tratamientos. Así mismo, el 38.7% de la población manifestaron presentar un divorcio a consecuencia de la enfermedad lo cual desarrollo una depresión leve a moderada, sin embargo, disminuyo con el tiempo.

Referencias

1. Sinergia RM. CANCER DE MAMA [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>
2. Instituto Mexicano del Seguro. CANCER DE MAMA [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud->
3. Calero Cuerda F. Factores de riesgo en el cáncer de mama. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 1999 [citado el 11 de enero de 2024];42(90):9065–88. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-el-cancer-mama-13009702>
4. Lisart F, Lisart L en F, Farmacia L en, Almiñana RIA, Farmacia D en, de Servicio J, et al. CALIDAD DE VIDA EN ONCOLOGIA CLINICA [Internet]. Sefh.es. 1995 [citado el 11 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF
5. Altuve Burgos JJ, Parra AA. Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. Psic y Sal [Internet]. 2021;32(1):137–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25009/pys.v32i1.2720>
6. Montiel-Castillo V, Guerra-Morales V, Bartuste-Cárdenas D. Estrés y emociones displacenteras en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. **Revista Cubana de Medicina General Integral** [Internet]. 2019 [citado 11 Ene 2024]; 35 (2) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/544>

7. Coutiño-Escamilla L, Piña-Pozas M, Guimaraes-Borges G, Tobías-Garcés A, López-Carrillo L. Intervenciones no farmacológicas para reducir síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2019;61(4, jul-ago):532. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/9980>
8. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2008;30(2):112–26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834307002204>
9. Lostaunau Claudia Torrejón V. Mónica Cassaretto Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama *Actualidades en Psicología*. Redalyc.org. [citado el 12 de enero de 2024].2017;31:75–90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1332/133255010007/movil/>
10. Grove SK, Burns N, Gray JR. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Saunders; 2012.
11. Hernández Silva MA, Martínez AOR, Escobar SG, Rangel ALMGC. Ansiedad, depresión y estrés asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Acta de Investigación Psicológica* [Internet] 2020;10:102-11. Available from: <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>
12. Restrepo GD. Caracterización de los cambios en estilos de vida de sobrevivientes de cáncer con recurrencia [Internet]. 2020;Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101889>
13. Molano-Tobar N. Calidad de vida y salud en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en Popayán- Colombia [Internet]. Dialnet2020;Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490923>
14. Altuve Burgos JJ. Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas [Internet]. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*;17(2): 239-253, jul.-dic. 2020. | IBEC2020;Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-199114>

ESTRATEGIAS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL DE LAS EMOCIONES DEL HIJO PREESCOLAR DE PADRES/MADRES RESIDENTES EN EL NORESTE DE MÉXICO

STRATEGIES FOR PARENTAL SOCIALIZATION OF THE EMOTIONS OF THE PRESCHOOL CHILD OF PARENTS RESIDENT IN THE NORTHEAST OF MEXICO

Soriano-Hernández Verónica¹, Flores-Peña Yolanda^{2,3}, Rascón-Caraveo, Natanael¹

Juana M. Gutiérrez-Valverde²

1. Licenciado en Enfermería. Estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería
2. Doctor en Enfermería. Profesor Titular. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería
3. Titular de la Comisión de Investigación del Colegio de Enfermería de Nuevo León, A.C. 2023-2025

Resumen

Introducción: La socialización de las emociones del hijo es esencial particularmente en la primera infancia para generar un entorno seguro y de apoyo a fin de que el hijo pueda expresar sus emociones libremente; siendo así un componente vital en la crianza dado que cuando los padres enseñan a sus hijos a reconocer y manejar las emociones les ayudan a desarrollar habilidades emocionales, tales como: promover relaciones saludables, prevenir problemas de salud física y el desarrollo de la inteligencia emocional, que podrían utilizarse durante toda la vida.

Objetivo: Describir las estrategias de socialización de las emociones del hijo preescolar de padres/madres residentes en Nuevo León.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Participaron 72 padres/madres de hijos que asistían a una institución educativa de nivel preescolar. Los padres/madres contestaron la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas de los Hijos – Versión Padres.

Resultados: La mayoría de los participantes fueron madres, 81.9% ($n = 59$); dedicadas al hogar 48.6% ($n = 35$), edad promedio 35.6 años ($DE = 6.70$). La media de la sumatoria de las estrategias positivas de socialización de las emociones: (a) fomentar la expresión de las emociones, (b) reconocer la emoción y (c) solucionar el problema se ubicó en 5.36 ($DE = 1.03$).

Respecto a la sumatoria de las *estrategias negativas de socialización de las emociones*: (a) angustiarse, (b) castigar y (c) minimizar, la media se ubicó en 2.88 ($DE = 0.91$).

Conclusiones: Los padres/madres utilizaron con mayor frecuencia estrategias positivas de socialización de las emociones del hijo, sin embargo, también se utilizaron estrategias negativas por lo cual se recomiendan intervenciones para ayudar a los padres/madres a reconocer y manejar las emociones de los hijos de forma positiva, evitando conductas como minimizar las emociones del hijo o infringir castigo.

Palabras clave: *Socialización parental, preescolares, regulación emocional, capacidad de respuesta*

Introducción

La importancia de la socialización parental de las emociones radica principalmente en la capacidad para modelar la comprensión y la expresión de dichas emociones de los niños, así como la capacidad del niño para relacionarse con los demás. Los padres que fomentan un ambiente emocional seguro y apoyan a sus hijos contribuyen en gran medida al desarrollo de hábitos saludables¹. Se ha documentado que el desarrollo de los niños está profundamente influenciado por la crianza y la socialización parental, es decir por el entorno de crianza y las acciones y/o conductas que los padres/madres realizan para moldear las emociones y conductas de los hijos, por lo cual se considera importante distinguir las prácticas parentales que tienen mayor probabilidad de facilitar o impedir el desarrollo de la regulación emocional².

La percepción que el niño tiene de las interacciones con sus padres establece la acción comunicativa y desarrollará una interpretación de la realidad, consistencias, inconsistencias y acuerdos o no del proceso de crianza por parte de sus padres permitiendo así la generación positiva o negativa de los estados emocionales³. La literatura ha descrito que el desarrollo físico, emocional y social se asocia en gran medida con la socialización parental, es decir con la disposición de los padres para reconocer los estados emocionales y comportamientos del niño y las estrategias que utilizan para manejarlos e interactuar con estos, estas estrategias que pueden ser positivas, tales como: a) fomentar la expresión de las emociones, (b) reconocer la emoción y (c) solucionar el problema, sin embargo es posible señalar que también los padres o cuidadores podrían reaccionar de forma negativa a las emociones de los hijos mediante estrategias negativas de socialización de las emociones, tales como: (a) angustiarse, (b) castigar y (c) minimizar.

Como ya se mencionó es de particular importancia identificar como los padres, madres y/o cuidadores interactúan con los hijos para brindarles estrategias que permitan el desarrollo saludable, incluso la literatura ha identificado relación de estas estrategias de socialización de

las emociones con las prácticas de alimentación infantil y el peso corporal de los hijos en población residente en los Estados Unidos⁴. Dada la importancia de lo anterior se realizó el presente estudio con el **objetivo** de describir las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo preescolar.

Metodología

Diseño del Estudio

Estudio descriptivo, transversal participaron 72 padres/madres quienes se identificaron como cuidadores principales de niños de entre 3 y 6 años quienes se encontraban inscritos en una institución educativa de nivel preescolar en el municipio de Monterrey, Nuevo León, durante el período escolar 2022 – 2023.

Mediciones

Estrategias de socialización de las emociones de hijo preescolar se evaluaron mediante la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas del Hijo – Versión para Padres⁵. Se integra por 6 subescalas: 1) Angustia, 2) Castigo, 3) Fomentar la expresión de emociones, 4) Reconocer la emoción, 5) Solucionar el problema y 6) Respuesta de minimización, cada una de estas subescalas contiene 12 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1) muy improbable hasta 7) muy probable. La escala en su versión en español ha reportado una consistencia interna de alpha de Cronbach de .85⁶. Además, se ha utilizado en Portugal y Estados Unidos de América⁴. Reportando Alpha de Cronbach de .91 y .86 respectivamente

Además, se solicitó información sociodemográfica la cual se registró en una cédula de datos sociodemográficos.

Procedimiento de Colecta de la Información

En primer lugar, mediante el listado de instituciones de educación preescolar, se seleccionó una institución educativa del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Posteriormente se realizó una visita y se procedió a contactar al director con la finalidad dar a conocer los objetivos del proyecto y solicitar su autorización para iniciar la colecta de la información. Posterior a su autorización agendaron varias reuniones a las cuales se invitó a aquella persona que se identificó como cuidador principal del preescolar, a quienes aceptaron se les solicitó el consentimiento informado y posteriormente se les solcito contestar el cuestionario y la cédula de información sociodemográfica.

El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Estrategias de análisis estadístico

Los datos se capturaron en el programa estadístico (SPSS) versión 22.0 para el análisis se aplicó estadística descriptiva.

Resultados

Participaron 72 cuidadores principales de preescolares, con una edad promedio de 35.6 años ($DE = 6.70$), escolaridad media de 11 años ($DE=2.87$). El 81.9% ($n= 59$) eran madres, el 76.4($n = 55$) estaban casadas, la ocupación de mayor prevalencia fue hogar con el 48.6% ($n = 35$). Respecto al preescolar la edad promedio fue de 5 años ($DE = .90$), el 54.2% ($n = 39$) pertenecían al sexo femenino

En relación con la estadística descriptiva de la variable de socialización de las emociones del preescolar se identificó que las subescalas: reconocer la emoción y solucionar el problema obtuvieron las medias más altas, mientras que la subescala angustia y castigar obtuvieron las medias más bajas (ver Tabla 1).

Tabla 1

Estadísticas Descriptivas de las Dimensiones de la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas del Hijo – Versión para Padres

Dimensión	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max
Estrategias de Socialización Negativas					
Angustarse	2.91	2.91	.69	1.50	5.00
Castigar	2.71	2.41	1.17	1.00	7.00
Minimizar	3.01	1.04	1.04	1.67	7.00
Estrategias de Socialización Positivas					
Fomentar la expresión de emociones	5.19	5.33	1.10	2.00	7.00
Reconocer la emoción	5.50	5.70	1.07	2.08	7.00
Solucionar el problema	5.40	5.58	1.07	2.08	7.00

$n = 72$

En la Tabla 2 se muestra que las estrategias de regulación de las emociones con una media mayor fueron las estrategias positivas ($Media = 5.36, DE = 1.03$).

Tabla 2

Estrategias de regulación de las emociones del preescolar - Positivas y Negativas

Estrategias	M	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Positivas	5.36	1.03	2.8	7.0
Negativas	2.88	.91	1.69	6.3

$n = 72$

Discusión

Las estrategias de socialización parental de las emociones del hijo preescolar se evaluaron con la Escala de Afrontamiento de las Emociones Negativas del Hijo – Versión para Padres⁶. Consta de 72 preguntas agrupadas en 6 dimensiones, cabe señalar que se verificó la consistencia interna de la escala y se encontraron valores de alpha que se ubicaron entre .54 y .90, los cuales se consideraron aceptables⁷.

Se encontró que el cuidador principal que se identificó con mayor prevalencia fueron madres, dedicadas al hogar, quienes refirieron utilizar con mayor frecuencia estrategias positivas de socialización de las emociones del hijo, tales como el reconocer la emoción y fomentar la expresión, las que se utilizaron con menor frecuencia fueron las estrategias negativas de angustia y castigo, estos datos coinciden con hallazgos de otros estudios realizados⁸. Quienes encontraron que las estrategias positivas se refieren con mayor incidencia. Estos hallazgos muestran que los padres tienen una educación promedio para utilizar menos las estrategias de negativas, aunque la respuesta de minimización esté mayormente presente estos resultados difieren parcialmente.⁶ Estudio en que mayores niveles de educación parental se relacionaron con un mayor estímulo de respuestas positivas a la expresión de las emociones². Reveló que la intervención sobre la socialización emocional de las madres aumentó la competencia y conocimiento emocional de los niños disminuyendo problemas de conducta, estos datos sugieren que centrarse en los comportamientos específicos de socialización parental de las emociones, así como en sus prácticas generales de crianza de los hijos, pueden ser esencial para identificar los aspectos individuales de la socialización que tienen un papel en los problemas psicológicos y de salud.

Se recomienda continuar evaluando las estrategias de socialización de las emociones del hijo que utilizan los cuidadores principales, así como identificar si existe asociación con otras

variables del desarrollo de los hijos, por ejemplo, variables relacionadas al contexto de alimentación, así como con el estado nutrición del hijo preescolar como también el desarrollo de la crianza, regulación de las emociones y los comportamientos, dado que la literatura ha mostrado asociación en otras poblaciones. Conocer que prácticas de socialización son especialmente beneficiosas y cuales son perjudiciales para el bienestar socioemocional serán de gran ayuda para los profesionales que realizar acciones preventivas para salud infantil y adolescente.

Referencias

1. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL. Parental socialization of emotion. *Psychol Inq* [Internet]. 1998 [citado el 23 de enero de 2024];9(4):241–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16865170/>
2. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Prior MR, Kehoe C. Tuning in to Kids: improving emotion socialization practices in parents of preschool children – findings from a community trial. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado el 23 de enero de 2024];51(12):1342–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735794/>
3. Capano Á, Ubach A. Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Cienc Psicol* [Internet]. 2013 [citado el 23 de enero de 2024];7(1):83–95. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100008
4. Saltzman JA, the STRONG Kids Team, Pineros-Leano M, Liechty JM, Bost KK, Fiese BH. Eating, feeding, and feeling: emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2016;13(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0415-5>
5. Eisenberg N, Fabes RA, Murphy BC. Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Dev* [Internet]. 1996;67(5):2227–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01854.x>
6. Fabes RA, Poulin RE, Eisenberg N, Madden-Derdich DA. Richard A. fabes, department of family & human development, Arizona state university, Tempe, AZ 85287-2502 (E-mail: [Rfabes\(r\)asu.edu](mailto:Rfabes(r)asu.edu)). *Marriage Fam Rev* [Internet]. 2002;34(3–4):285–310. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2003-05639-005.pdf>
7. Bjørk RF, Havighurst SS, Pons F, Karevold EB. Pathways to behavior problems in Norwegian kindergarten children: The role of parent emotion socialization and child emotion

understanding. Scand J Psychol [Internet]. 2020;61(6):751–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12652>

8. López MJR, Vacas EMC. Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En: Familia y desarrollo humano. Alianza; 1998. p. 225–44.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL

LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE NURSING PROFESSIONAL IN INTENSIVE THERAPY ABOUT THE MANAGEMENT OF KIDNEY DISEASE

Medina Quiroz Belen Yuceline¹, Robles Alejandro Rene², Medina Fernández Isai Arturo², Lara Reyes Braulio Josué²

1. Estudiante de la Especialidad en Enfermería en Terapia Intensiva. Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo. Universidad Autónoma de Coahuila.
2. Docente de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo. Universidad Autónoma de Coahuila

Introducción

La Enfermedad Renal (ER) se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen y/o histología) que presenta o no deterioro de la función renal con un filtrado glomerular menor de 60 ml/min sin evidencia de otros signos de enfermedad renal (1).

El diagnóstico de la ER se ha tratado de efectuar con las clasificaciones de RIFLE (R: riesgo, I: Lesión, F: falla & E: enfermedad renal) y AKIN (Acute Kidney Injury Network), las cuales se basan en la retención azoada y las disminuciones de los volúmenes urinarios que produce la causa y el daño. Bajo el acrónimo de RIFLE que toma en cuenta el incremento de las concentraciones de creatinina sérica, descenso en el volumen urinario y la tasa de filtración glomerular pero no se utiliza ningún biomarcador y no se especifica el valor de la depuración que deberían tener los pacientes para considerarla ER y la clasificación AKIN es la modificación de la escala de RIFLE para hacer más clara la definición de ER porque refiere al menos dos valores de creatinina en 48 horas y no requiere de niveles de creatinina basales (2).

La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) se presenta con elevada frecuencia en los cuadros infecciosos, en ocasiones antecedido con la infección lo que incrementa el riesgo de la misma que puede acompañar a la sepsis desde el inicio o de forma diferida, siendo así que la sepsis es la causa de ER más frecuente en las unidades de pacientes críticos y más de la mitad de aquellos que la desarrollan presenta ER de mayor o menor severidad. Las respuestas hemodinámicas, la inflamación, el daño endotelial, la isquemia y los cambios en el metabolismo provocados por

isquemia o daño mitocondrial condicionan una respuesta celular que no solo provoca la muerte celular, sino que en ocasiones supone una parada funcional de las células tubulares que desarrollan estas para preservar su vida (3).

Actualmente la ER es la sexta causa de muerte de crecimiento más rápido y se estima que 850 millones de personas en el mundo padecen enfermedad renal. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) provoca al menos 2.4 millones de muertes al año, mientras que la lesión renal aguda (IRA), un importante impulsor de la enfermedad renal crónica (ERC) afecta a más de 13 millones de personas a un nivel mundial (4).

La ERC se define como la presencia de una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73 m² o evidencia de daño renal por medio de marcadores como: albuminuria, anomalías en los sedimentos urinarios, electrolitos alterados y otras anomalías debido a trastornos tubulares, anomalías detectadas por histología, anomalías estructurales detectadas por imagen o historial de trasplante renal; que han estado presentes durante tres meses o más (5).

En México la cifra de morbilidad y mortalidad ocasionada por la ERC constituye una de las principales causas de atención en la consulta externa, hospitalización y servicios de urgencia. La incidencia de ERC se estima entre mil 142 casos por millón de habitantes pudiendo ser mayor, sin embargo, mientras que la prevalencia es del 11% en la población mexicana, es decir, alrededor de 13 millones de personas presentan algún grado de daño renal y la mayoría lo desconocen, así que proyecciones actuales del Instituto Mexicano del Seguro Social sugiere que los pacientes con ER aumentarán del 1.1% en 2011 al 43% en 2030, y que el gasto aumentará del 4.0% al 28%. Pero resalta que solo entre el 10 y 15% a nivel mundial, de los pacientes requieren diálisis de manera permanente la reciben y menor es el número de trasplantes renales (6).

De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina de México, en Coahuila se realizan 130 cirugías de trasplante de órganos en promedio cada año hasta la suspensión del programa por la pandemia en 2020 y el primer semestre de 2021; ubicándose en el sexto lugar por debajo de la Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Guanajuato y Puebla, siendo los trasplantes de

riñón antes el 60 y el 70% de los procedimientos. En 2021, fallecieron 52 personas por ER y 55 por ER Hipertensiva, según lo reporto la Jurisdicción Sanitaria número 6 (7).

Los trastornos con alta incidencia como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad vascular, además del envejecimiento son causas principales para el desarrollo de la ER. La identificación, prevención y control de los factores de riesgo son aspectos clave para cualquier sistema de salud. La ER una vez establecida progresa hacia etapas más avanzadas, por lo que actualmente la nefrología se basa en prevenir o retardar su progreso por medio de

aplicación de programas y estrategias para la corrección de los factores de riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado (8).

Uno de los elementos fundamentales para lograr el control de la ER, además de la adherencia farmacológica, es lograr que el profesional de enfermería tenga un elevado nivel de conocimiento sobre el manejo de la enfermedad, conocer las manifestaciones clínicas, complicaciones y los cuidados necesarios; así que el nivel de conocimiento en el profesional de enfermería es fundamental para lograr una evolución favorable de la ER (9).

Básicamente el manejo de la ER se asienta en los pilares: actitud ante factores evitables o reversibles, tratar las complicaciones inherentes a la ER, prevenir y/o retrasar la progresión de la ER, el manejo de medicamentos nefrotóxicos y preparar el paciente para la terapia renal sustitutiva, además de llevar un manejo nutricional general por lo que debe prevenirse el déficit nutricional con dieta balanceada y rápida intervención antes estados catabólicos y así mismo debe ajustarse la ingesta de hidratos de carbono y lípidos al estado metabólico y es de suma importancia considera relevante evitar el sobrepeso para prevenir la hiperfiltración glomerular y desarrollo de proteinuria. Se debe de asegurar una adecuada ingesta de liquida especialmente en pacientes añosos y alcanzar una diuresis de 2 a 3 litros al día es una propuesta razonable. Para las medidas farmacológicas se basan en fármacos antiproteinúricos y antihipertensivos y diuréticos (10).

Para la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal depende en gran medida en la elección de la técnica correspondiente en esta última instancia, lo ideal es el trasplante renal preferente de un donante vivo, pero no siendo posible esta alternativa, lo habitual es la opción de hemodiálisis o diálisis peritoneal pero este tratamiento es difícil porque debe haber un equilibrio ente si es demasiado pronto o demasiado tarde unos de los puntos para empezar con esta terapia son los niveles de nitrógeno ureico en sangre > 100 mg/dl o filtración glomerular < 10 ml/min, síntomas incipientes como retención hidrosalina o caída de la diuresis,

valoración de la creatinina sérica, evidencia de proteinuria y la capacidad de manejar volumen y el grado de precariedad clínica de cada paciente.

El estado urémico debe corregirse de forma precoz, pausada y efectiva; deben realizarse de 2 a 3 sesiones seguidas aproximadamente de dos horas empezando flujos sanguíneos relativamente bajos entre 150 a 200 ml/min y después continuar en días alternos ajustando las dosis al grado de función renal residual y retención hidrosalina. El inicio de estas terapias debe ser lo menos traumático posible ya que en ocasiones los pacientes consideran que no están suficientemente enfermos y se adaptan de manera subjetiva a la sintomatología y crea una realidad subjetiva de bienestar y por eso no es recomendable retrasar el inicio de alguna terapia de sustitución renal (11).

La evidencia menciona que el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre el manejo de la ER es de nivel medio oscilando entre los 55 y 58%, de 37 a 42% en nivel bajo, solo el 6% tienen un buen nivel de conocimiento. Así mismo se concluyó que las medidas a seguir son capacitación orientada específica para el profesional de enfermería, plan de estudios específicos y de manera continua y demandas en competencia y conocimiento en el cuidado del paciente renal y que el profesional de enfermería tenga conocimiento amplio para la guía de intervenciones a base de las necesidades de los pacientes (12 -16). Debido a lo anterior el objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en terapia intensiva sobre el manejo de la enfermedad renal.

Metodología

Diseño descriptivo, transversal, que, por sus características, permite describir, medir y analizar las variables de un fenómeno de interés en una sola medición (17). La población estuvo conformada por profesional de enfermería que trabajaban en el área de cuidados intensivos de hospitales públicos y privados de segundo nivel en la ciudad de Saltillo, Coahuila. La muestra estará constituida por profesionales de enfermería pertenecientes al área de terapia intensiva que cumpla con los criterios de inclusión, esta será determinada mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia.

Se incluyeron profesionales de enfermería que trabajen en un hospital de segundo nivel, con grado académico técnico profesional, licenciatura y posgrado de enfermería. Contar con una antigüedad de 6 meses en el área, tener más de 18 años y haber firmado el consentimiento informado. Se excluyeron profesionales de enfermería perteneciente al área de unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y terapia intermedia. Así mismo se eliminaron aquellos participantes que dejaron inconcluso el instrumento

Instrumento de medición

Se utilizó una cedula de datos sociodemográficos, tipos de institución, departamento, edad, genero, años de experiencia nivel de educación y tipo de especialidad (ver apéndice B). Para medir la variable de estudio, se aplicará el instrumento de Medición de conocimientos y actitudes relacionados a la enfermedad renal, esta cuenta con 31 preguntas y tiene una fiabilidad de 0.75 en alfa de Cronbach. La herramienta está compuesta por 2 secciones. La sección A consta de preguntas de conocimiento sobre definición de ERC, factores de riesgo de ERC, marcador de función renal, clasificación de ERC, complicaciones de ERC, formas de terapia de reemplazo renal, administración de medicamentos en pacientes renales crónicos, manejo de la nutrición, manejo de fluidos en pacientes con enfermedad renal crónico y hemodiálisis, (ver

apéndice C). La sección B se hizo con preguntas de práctica sobre el manejo con medicamentos, líquidos, nutrición, hemodiálisis y diálisis peritoneal (ver apéndice D).

El puntaje total mínimo posible de conocimiento es cero (0) y el puntaje máximo posible, lo que significa que el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con ERC entre las enfermeras es veinticuatro (24). Dividiendo el puntaje obtenido en esta sección por el puntaje máximo posible alcanzable (24) y multiplicando por cien para obtener un porcentaje calculado del nivel de conocimiento de 80% a 100% se clasifica como alto, 79% a 50% se clasifica como moderado y el nivel por debajo del 50% se consideró bajo.

La puntuación total mínima posible del conocimiento sobre el manejo de la ERC es cero (0) y la puntuación máxima posible es siete (7). Dividiendo el puntaje obtenido en esta sección por el puntaje máximo posible alcanzable (7) y multiplicando por cien para obtener un nivel calculado porcentual de 80% a 100% se clasifica como alto, 79% a 50% se clasifica como moderado y nivel por debajo del 50% se considera como bajo.

Resultados

En este capítulo se muestran los resultados de la presente investigación. Para ello, la organización y el análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 25. Se presentarán las características socio demográficas de los participantes, posterior a ello, se presenta el análisis de las variables de interés, dando respuesta a los objetivos planteados.

La muestra estuvo constituida por 40 profesionales de enfermería que actualmente se desempeñan en el área de terapia intensiva o han cursado un mínimo de 6 meses la mayoría

fueron mujeres con un grado académico de enfermeros generales y con más de 10 años laborando en una institución hospitalaria entre edades de 31 a 40 años (tabla 1).

Tabla 1.

Características sociodemográficas y laborales del profesional de enfermería

	Fr	%
Sexo		
Hombres	15	37.5
Mujeres	25	62.5
Edad		
< 30 años	9	22.5
31 a 40 años	16	40.0
Mayor de 40 años	15	37.5
Años de Experiencia Laboral		
De 6 meses a 5 años	9	22.5
Más de 5 años	11	27.5
Más de 10 años	20	50
Nivel de Educación		
Posgrado	13	32.5
Licenciatura	21	52.5
Técnico	6	15

Nota: fr= frecuencia, %= porcentaje

Se encontró que la puntuación de Conocimientos de enfermería relacionados con la ER fue de $X=18.25$ (2.84), lo cual; según el instrumento la clasifica como conocimiento moderado. Con respecto a la escala de percepciones del personal de enfermería sobre el manejo hospitalario de la ER fue de $X= 4.30$ (1.18) lo que la clasifica en nivel moderado.

El profesional de enfermería desconoce los valores de la tasa de filtración glomerular, la ingesta recomendada de líquidos en pacientes que no están en terapia de sustitución renal y el numero en la Escala KDIGO para el manejo de la ER en hemodiálisis. También desconocen que el VIH es un factor de riesgo para desarrollar una ER y que la Osteodistrofia es una complicación de la ER.

Tabla 2

Descripción de Conocimientos de enfermería relacionados con la Enfermedad Renal

	Respuesta correcta	
	<i>fr</i>	%
1. La ERC es una condición de creatinina sérica y urea crónicamente elevadas que generalmente es reversible con el manejo adecuado	32	80
2. La diabetes es un factor de riesgo de la ERC	40	100
3. Las drogas son un factor de riesgo de la ERC	29	72.5
4. La hipertensión es un factor de riesgo de la ERC	38	95
5. La glomerulonefritis es un factor de riesgo de la ERC	34	84
6. El VIH es un factor de riesgo de la ERC	18	45
7. La hepatitis es un factor de riesgo de la ERC	22	55
8. La tasa de filtración glomerular y la depuración de creatinina son marcadores apropiados de la función renal	37	92.5
9. La clasificación de la ERC se clasifica en 4 estadios por KDIGO	22	55
10. La anemia es una complicación de la ERC	34	85
11. La hiperpotasemia es una complicación de la ERC	34	85
12. La uremia es una complicación de la ERC	34	85
13. La hipertensión es una complicación de la ERC	37	92.5
14. La osteodistrofia es una complicación de la ERC	13	32.5

15. El edema es una complicación de la ERC	39	97.5
16. Las náuseas y los vómitos son una complicación de la ERC	33	82.5
17. El coma es una complicación de la ERC	30	75
18. La diálisis peritoneal es una forma de terapia de reemplazo renal	39	97.5
19. El trasplante de riñón es una forma de terapia de reemplazo renal	38	95
20. La hemodiálisis es una forma de terapia de reemplazo renal	39	97.5
21. Reducción de dosis de fármacos nefrotóxicos en FGe es < 60 ml/min/1,73 m ²	18	45
22. Consideración nutricional de los pacientes con ERC debido al riesgo de desequilibrio electrolítico	31	77
23. Ingesta de líquidos en estadios 4 y 5 de la ERC que no están en hemodiálisis es igual al gasto +1,5 L	18	45
24. Manejo de la ERC estadio 3 es por Hemodiálisis	21	52.5

Nota: fr= frecuencia, %= porcentaje

En cuanto al manejo hospitalario de la ER; el profesional de enfermería desconoce cómo es el manejo del paciente con diabetes mellitus con uso de hipoglucemiantes orales con evidencia de bajo nivel de filtración glomerular, así como el proporcionar requerimiento adecuado de calorías diarias en pacientes con ER en etapa 3 y cuáles son los valores de sodio, urea y creatinina normales para poder administrar solución salina por vía intravenosa (tabla 3).

Tabla 3

Descripción de Percepciones del Personal de Enfermería sobre el Manejo Hospitalario de la enfermedad renal

Respuesta correcta

	<i>fr</i>	%
1. Se supone que las enfermeras deben reemplazar correctamente la glipizida con metformina prescrita 500 mg dos veces al día para un hombre de 48 años que fue hospitalizado con 10 años de DM y 5 años de HTA y estudios de laboratorio recientes mostraron eGFR de 55 ml/min/1,73 m.	17	42.5
2. La enfermera debe administrar correctamente ciprofloxacino oral prescrita a una mujer de 65 años con ERC en estadio 4 secundaria a hipertensión con signos de infección del tracto urinario	28	70
3. Cuando las enfermeras alimentan a un paciente de 70 años con ERC en etapa 3 con poco apetito, deben aspirar a alcanzar 23 a 35 kcal/día de requerimiento de energía.	23	65
4. Las enfermeras deben alentar a un paciente en hemodiálisis con albúmina de 2,6 g/dl a tomar pollo, pescado, carne de res, huevos, soja y quinua para alcanzar el requerimiento proteico prescrito.	25	62.5
5. Varón de 56 años que acudió al hospital con una larga historia de consumo de alcohol con disminución de los ruidos respiratorios, con hepatomegalia, creatinina: 0,8 mg/dl, Na: 108 mEq/L y urea: 4 mg/Dl, por lo que se supone que las enfermeras deben administrar el prescrito 3% de solución salina normal por vía intravenosa	14	35
6. Para un hombre de 67 años con un trastorno neurocognitivo leve (demencia), en quien la diálisis peritoneal con dolor abdominal durante las últimas 48 h, con bacterias grampositivas en el líquido peritoneal, las enfermeras deben administrar correctamente los antibióticos intraperitoneales prescritos según sea necesario	35	87.5

-
7. Mujer de 60 años con ERT en HD que presenta calambres durante la hemodiálisis, así como debilidad después de cada tratamiento. El postratamiento fue FC:95/min y PA:90/60 mmHg. Las enfermeras deben dar correctamente el modelado de sodio según lo prescrito 27 67.5
-

Nota: fr= frecuencia, %= porcentaje

De manera general el instrumento arroja como resultado que a mayor nivel de puntaje mayor es el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de la ER, y que la mayoría participantes en el estudio tienen un nivel de conocimientos moderados en manejo de la ER (figura 1).

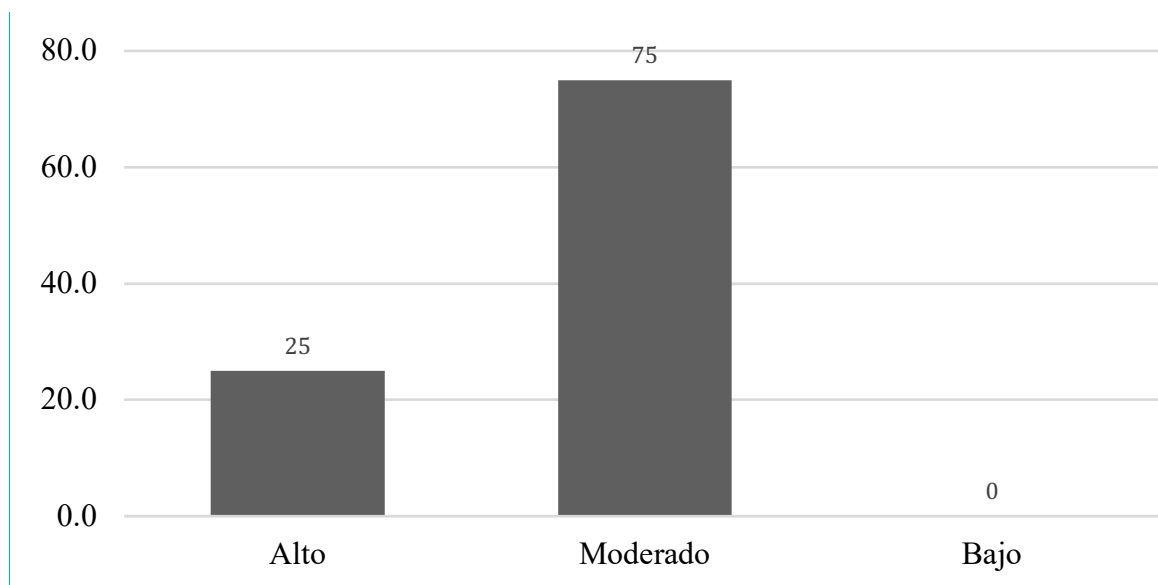


Figura 1. Nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre el manejo de la enfermedad renal.

Discusión

Atendiendo a la finalidad y objetivo del estudio, se determinó el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en terapia intensiva sobre el manejo de la ER ya que uno de los elementos fundamentales para lograr el control de esta es el conocimiento elevado sobre la misma para lograr una buena evolución de los pacientes (18).

Se reveló que la mayoría del profesional de enfermería cuenta con un nivel moderado de conocimientos sobre la ER y que el 25% restante tiene un nivel falto. Esto concuerda con el

estudio de Gapira et al (2020) donde se encontró que el 84% del profesional de enfermería tiene un nivel moderado de conocimientos relacionados con ER. Ademola (19) encontró que el 55% de las enfermeras participantes tenían un nivel regular conocimientos sobre la ER.

Se reveló que más de la mitad (61.4%) del profesional de enfermería participe de este estudio cuenta con un nivel moderado sobre el manejo hospitalario de la ER. Esto concuerda con Gapira (20) donde el nivel de percepciones con respecto al manejo hospitalario también fue moderado.

En comparación con el estudio que realizó Robalino (21) el nivel de conocimiento del profesional de enfermería es del 57.5% es de nivel medio y que comparado con los resultados obtenidos en este estudio con un 75% en el mismo nivel hay una diferencia de casi el 18%, mientras que el 42% representa un nivel bajo; mientras que en este estudio no se arrojaron resultados bajos.

Según la investigación de Gómez (22) el nivel de conocimiento del profesional de enfermería fue en un nivel regular con el 11% y al ser comparados con el resultado del 75% obtenido en este estudio se puede demostrar que la formación continuada es fundamental en la profesión de enfermería.

Conclusión

En conclusión, basado en los resultados que se obtuvieron en este estudio, el profesional de enfermería solo conoce lo básico en cuanto a la enfermedad renal, además de no tomar la importancia debida a ella. Así mismo, el profesional que no se encuentra en áreas de nefrología cuenta con menos conocimiento sobre el manejo de los pacientes renales.

Dado lo anterior, la poca capacitación sobre el tema y la falta de rotación a los departamentos relacionados en nefrología, crean en el profesional de enfermería áreas de oportunidad para el manejo de estos pacientes por lo que es necesario realizar intervenciones de educación continua en el profesional de enfermería para mejorar los conocimientos y calidad de la atención.

La prevención y el manejo de la ER son clave, por ende, el conocimiento es fundamental en el ejercicio de la práctica diaria y así se capaciten para el trabajo interdisciplinario.

Referencias

- (1) Sellares, V. & Rodríguez, D. (2022). Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al Día. Disponible en <https://www.nefrologiaaldia.org>

- (2) Flores, J., León, H., Ávila, G. & Pazmiño, B. (2020). Sistema de Clasificación de la Insuficiencia Renal Aguda (IRA). *Reciamuc*. Vol. 4. No. 11. Pp. 4-11. Disponible en <http://reciamuc.com>
- (3) Gainza, F. (2020). Insuficiencia renal aguda. *Nefrología al día*. Pp.1-30. Disponible en: <https://nefrologiaaldia.org>
- (4) Martínez, M., Guerra, E. & Pérez., D. (2020). Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Multimed. Centro provincial de información de ciencias médicas*. Vol. 24. No. 2. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo>
- (5) García R. Segura J. Goiochea M. Cebollada J. (2021). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. Vol. 42. Num. 3. Pp. 223 – 362. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-informacion-consenso-deteccion-manejo-articulo-S0211699521001612>
- (6) Treviño, A. (2020). Protección renal. *Revista Oficial del Colegio de Nefrólogos de México AC*. Vol. 41. No. 1. Disponible en: <https://cnm.org.mx>
- (7) Vaquera V. (2022). Coahuila entre los estados con más casos de enfermedades renales. *MG*. Disponible en: <http://www.meganoticias.mx/torreon/noticia/coahuila-entre-los-estados-con-mas-casos-de-enfermedades-renales/313089>
- (8) Martínez, M., Guerra, E. & Pérez., D. (2020). Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Multimed. Centro provincial de información de ciencias médicas*. Vol. 24. No. 2. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo>
- (9) Ponce, C. (2022). Cuidados paliativos en paciente con enfermedad renal crónica en clínicas de Ecuador. (Tesis de Posgrado, Universidad de Oviedo Centro Internacional de Posgrado. Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos). Disponible en: <https://digibu.uniovi.es>
- (10) García, R., Goicochea, M., Cebollada, J., Escalada, J., Fácila, L., Gamarra, J., García, D., Gutiérrez, M., Hernández, J., Mazón, P., Montanez, R., Muñoz, M., Velazco, P., Suarez, C., Tranche, S. & Goriz, J. (2022). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. Vo. 3. Pp. 223-262. Disponible en <https://www.revistadenefrologia.com>
- (11) Lorenzo, V. & Rodriguez, D. (2023). Enfermedad renal crónica. *Nefrología al día*. Sociedad Española de Nefrología. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org>
- (12) Gapira, E., Chironda, G., Ndahayo, D., Pierre, M., Tuysinge, M. & Rayeswaran, L. (2020). Knowledge related to Chronic Kidney Disease (CKD) and Perceptions on

- inpatient management Practices among nurses at Selected referral hospitals in Rwanda: Anon-experimental descriptive correlational Study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. Vol. 13. Disponible en: <https://www.sciencesdirect.com>
- (13) Robalino, M., Urdaneta, G., Chilquina, R., Paca, E., Chimbo, W. & Rea, M. (2020). Nivel de Conocimientos sobre en Enfermedad Renal Crónica en Pacientes, Familiares y Personal de Enfermería. *Revista Cubana de Reumatología*. Vol. 23. No. 3. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu>
- (14) Hernández, M. (2018). Proceso Cuidado Enfermero en el Paciente con Lesión Renal Aguda en Estado Crítico. (Tesina de Posgrado, Universidad Autónoma de San Luis Potosí Facultad de Enfermería y Nutrición Unidad de Posgrado e Investigación). Disponible en <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx>
- (15) Cañarte, J., Martín, C., Rivera, L., Fernández, P. & Huerta, R. (2019). El Conocimiento en el Sistema de Salud. *Ciencia Digital*. Vol. 3. No. 2. Pp. 508-518. Disponible en: <https://cienciadigital.org>
- (16) Díaz, M., Briones, J., Carrillo, R., Moreno, A. & Pérez, A. (2017). Insuficiencia Renal Aguda (IRA) Clasificación Fisiología, Histología y Cuadro Clínico, Diagnóstico y Tratamiento en una Versión Lógica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 40. No. 4. Pp. 280-287. Disponible en: <https://www.medigrafic.com>
- (17) Grove S. & Gray J. (2019). Introducción a los diseños de investigación cuantitativa. Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7 edición. Pp. 191 – 296. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=OKiDwAAQBAJ>
- (18) Ponce, C. (2022). Cuidados paliativos en paciente con enfermedad renal crónica en clínicas de Ecuador. (Tesis de Posgrado, Universidad de Oviedo Centro Internacional de Posgrado. Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos). Disponible en: <https://digibu.uniovi.es>
- (19) Ademola, O., Akinwum, A., Osamudiamen, I., Emmanuel, A. & Ogungbmi, O. (2018). Assesment of Knowledge of Chronic Kidney Disease among Non-Nephrology Nurses in Akure, Sourth West Nigeria. *Saudi Journal of Kidney Diaseases and Transplantation*. Vol. 22. No.6. Pp. 1417-1423. Disponible en <http://www.sjkdt.org>
- (20) Gapira, E., Chironda, G., Ndahayo, D., Pierre, M., Tuysinge, M. & Rayeswaran, L. (2020). Knowledge related to Chronic Kidney Disease (CKD) and Perceptions on



inpatient management Practices among nurses at Selected referral hospitals in Rwanda: Anon-experimental descriptive correlational Study. International Journal of Africa Nursing Sciences. Vol. 13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>

- (21) Robalino, M., Urdaneta, G., Chilquina, R., Paca, E., Chimbo, W. & Rea, M. (2020). Nivel de Conocimientos sobre en Enfermedad Renal Crónica en Pacientes, Familiares y Personal de Enfermería. Revista Cubana de Reumatología. Vol. 23. No. 3. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu>
- (22) Gómez, A., Cárcamo, S., Ojeda, M. & Tienda, M. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas ante la enfermedad renal crónica entre profesionales de hospitalización de medicina interna y estudiantes de enfermería. Hospital Virgen Macarena, Sevilla. Revista SEDEN. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. No. 1. Vol. 3. Pp. 239-246. Disponible en <https://www.resvistaseden.org>

LACTANCIA MATERNA Y SU PROMOCIÓN EN EL QUEHACER DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRATIVA.

BREASTFEEDING AND ITS PROMOTION IN THE WORK OF NURSING PROFESSIONALS: AN INTEGRATIVE REVIEW.

Andrea Paola Puente Galindo¹; Jorge Israel Reyes Castañuela¹; Estrella Xiomara Muñiz Martínez¹

1. Estudiante de Licenciatura en Enfermería,. Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Introducción

La lactancia materna (LM) exitosa es aquella que además de ser exclusiva en los primeros seis meses, inicia en la primera hora de vida del recién nacido, es "a demanda", esto significa, que se da conforme el bebé la solicita, sea de día o de noche, y que en la medida de lo posible se ofrece directamente del pecho. A nivel mundial, únicamente 38% de los bebés son alimentados de forma exclusiva con leche materna y se espera que para 2025, se llegue a 50 por ciento¹.

La LM es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas. Según la literatura los niños amamantados tienen un menor riesgo de maloclusión dental, donde la evidencia científica ha demostrado que existe una relación entre la lactancia materna y mejores resultados en las pruebas de inteligencia².

La LM constituye un papel fundamental en el desarrollo del recién nacido, debido a que contiene una serie de nutrientes, vitaminas y minerales que son transmitidos al menor, desarrollando una inmunidad pasiva natural que fortalece su sistema inmunológico, esta atraviesa por diferentes etapas que tienen en común que todas se ven influidas por de la cantidad, volumen y tiempo en el que se amamanta y son: calostro, leche de transición y leche madura³.

La leche madura se comienza a producir alrededor del décimo día y es esta la que tiene mayor aporte nutricional, estando conformada por agua, aproximadamente 7.3 gramos de carbohidratos que tienen un efecto favorecedor en el desarrollo de lactobacillus bifidus, por su parte, los lípidos como el ácido linoleico y el decosahexanoico son primordiales en el desarrollo

del sistema nervioso central, también la conforman proteínas, vitaminas como la k, hierro, zinc selenio, flúor, calcio y fosforo.

En la actualidad, únicamente el 48% de las madres optan por una LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebe⁴, lo anterior representa un problema a nivel mundial pues a pesar de que el abandono prematuro de la LM puede verse influido por diversos factores, es principalmente asociado al desconocimiento por parte de las madres acerca de los múltiples beneficios y propiedades para la salud del bebé⁵, lo que implica la prevalencia de distintas enfermedades y comorbilidades, es por ello que la lactancia materna exclusiva es una de las acciones en los primeros meses de vida del lactante debido a que le brinda los nutrientes necesarios para su pleno desarrollo y generar inmunidad ante diversas patologías¹.

De acuerdo a datos de la oficina en el país del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2018), los menores que se alimentan con leche materna tienen seis veces más probabilidad de sobrevivir, ya que la leche materna contiene anticuerpos que protegen su organismo de patologías como la diarrea, que provocó 596 muertes en niños en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019) y la neumonía que provocó 740,180 defunciones infantiles en el mundo¹.

Según datos de la OPS (2023), la LM es de gran ayuda para prevenir la aparición de diabetes tipo 2 y disminuye el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad infantil hasta en un 13%, aunado a esto, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, reduce un 19% las posibilidades de padecer leucemia en la infancia y hasta un 60% el riesgo del bebe de morir a causa del síndrome de muerte súbita infantil. En caso de no amamantar al bebe, no solo aumentan el riesgo de padecer alguna de las enfermedades antes mencionadas, si no que se pierden los anticuerpos e inmunoglobulinas que defienden al organismo del niño de una posible infección, aumentando los riesgos de padecer hipertensión, aumento del colesterol y la posibilidad de padecer alergias e infecciones⁶.

Es relevante mencionar que es un tema que nos concierne a todos pues de acuerdo con Martínez (2023), la lactancia materna ayuda a aumentar las posibilidades de disfrutar de una vida adulta más saludable, reduciendo la probabilidad de padecer afecciones crónico-degenerativas como la hipertensión o la obesidad y accidentes cerebrovasculares en la madurez.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta relevante para la disciplina el conocer y evaluar el grado de conocimientos que poseen las madres primerizas para poder determinar su capacidad de brindar una lactancia materna completa, segura y que cumpla con todos los requisitos relacionados a la técnica y nutrición del bebe. Lamentablemente, México ocupa uno de los porcentajes más bajos en el mundo de tasa de lactancia materna, según nos revelan cifras

de la UNICEF (2018), pues arrojan datos preocupantes de 28.6% a nivel nacional y de 37.4% en zonas rurales, lo que implica que millones de bebés no están recibiendo LM.

Es importante mencionar que la lactancia materna no solo trae beneficios para el recién nacido, pues también le brinda beneficios a la madre ya que reduce el riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer de ovario, hipertensión y enfermedades cardiovasculares², para la sociedad también resulta benéfica al prevenir la prevalencia de enfermedades en el infante, lo que implica un gasto extra para la familia, como la posibilidad de padecerlas en la adultez, por lo que su promoción resulta importante no solo para la madre y personas de la comunidad, también para los profesionales de la salud.²

El conocer los beneficios de la leche materna ayuda al profesional de enfermería a detectar áreas de oportunidad, creencias y mitos erróneos en la sociedad, pues el tener un conocimiento óptimo sobre la LM puede ayudar a plantear soluciones, recordando que uno de los roles de la enfermería es la docencia, siendo una de las funciones el educar a los miembros de la población, en este caso, las madres⁷. Es fundamental para el profesional de enfermería concientizar a la población acerca de los beneficios de la LM exclusiva para el bebé, sino también en los beneficios que presenta para la madre, entendiendo que las ayuda a enfrentar cambios hormonales, reduce su probabilidad de padecer enfermedades crónica-degenerativas tales como la osteoporosis, diabetes, hipertensión y diversos tipos de cáncer, mencionando el de mama, de ovario⁸.

Enfermería y lactancia materna

El modelo de las intervenciones de Kristen Swanson⁹, enfermera y teórica de la enfermería se centra en cinco procesos claves: mantenimiento de la confianza, apertura a lo desconocido, paciencia, aceptación y participación. Estos elementos guían la práctica enfermera enfocándose en el cuidado compasivo y comprensión profunda de las necesidades del paciente. La teoría destaca la importancia de la reflexión y la adaptación a las situaciones cambiantes para proporcionar un cuidado efectivo y humano⁹.

Objetivo 1. Mantener las creencias.

El profesional de enfermería debe promover la capacidad de la madre para mantener la lactancia materna a través de:

1. Demuestre empatía.
2. Utilice frases y palabras que alienten la autoestima de la madre.

3. Motive a la madre y a su familia para que asuma la lactancia materna con optimismo.
4. Favorezca y promueva terapias de grupo donde las madres narren sus experiencias y puntos de vista.
5. Capacite a las madres y sus familias para que sean agentes de divulgación y promoción de la lactancia materna en la comunidad.
6. Elogie lo que la madre, el bebé y la familia hacen bien.
7. Ofrezca poca pero relevante información.
8. Utilice lenguaje sencillo.
9. Ofrezca sugerencias no órdenes, sin saturar la madre y/o la familia.
10. Evite términos o comentarios que juzguen a la madre o su familia de apoyo.

Objetivo 2. Conocer

El profesional de enfermería líder del programa de lactancia materna debe tener conocimiento de los siguientes aspectos:

1. Anatomía y fisiología de la mama: mecanismo de producción de leche
2. Ventajas de la lactancia materna
3. Motivar a la madre: recomendaciones generales
4. Valorar la madre para la lactancia materna
5. Valorar niño: reflejos del niño importantes para la lactancia materna
6. Técnicas de lactancia materna
7. Procedimiento para amamantar
8. Extracción manual y conservación de la leche
9. Problemas durante la lactancia materna
10. Niños en situaciones especiales
11. Medicamentos, drogas y lactancia materna
12. Regreso de la fecundidad y lactancia materna

13. Lactancia materna y cultura
14. Apoyo social en lactancia materna.

Objetivo 3. Estar con

1. Fortalezca la asesoría en lactancia materna antes, durante y después de la gestación:
 - Control prenatal
 - Diferentes escenarios intrahospitalarios hospitalarios
 - En el puerperio inmediato, mediato y tardío.
 - Consulta posparto
 - Seguimiento domiciliario (visitas/ llamadas)
2. Atienda de manera oportuna las necesidades de cuidado de la madre, el padre, hijo y familia que surjan durante el proceso.
3. Proporcione información acerca de la lactancia materna.
4. Sea agente de escucha para la madre y familia. Utilice los silencios en la comunicación.
5. Muestre una actitud comprensiva y disponibilidad para la madre, su hijo y familia, evitando evidenciar momentos de afán, exceso de trabajo o compromisos, indisposición y estados de ánimo desagradables.
6. Ofrezca alternativas de cuidado, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y del contexto en que vive la madre.
7. Busque y apóyese en redes institucionales de acuerdo a la situación identificada en la madre y su recién nacido: trabajo social, psicología, odontología, medicina, entre otros.

Objetivo 4. Hacer para

1. Establezca comunicación asertiva:
 - Establezca contacto visual con la madre, padre, hijo y familia.
 - Llame a la madre, padre, hijo por su nombre.
 - Solicite el permiso de la madre para el contacto físico de ella y su hijo.

- Use un lenguaje sencillo a la hora de comunicarse con la madre, padre y familia.
 - Evite las barreras físicas durante la interacción (muebles).
 - Dedique tiempo suficiente para interactuar con la madre, niño y familia.
2. Garantice un ambiente de privacidad y tranquilidad para la madre, padre, hijo.
 3. Asegúrese de que la madre está tranquila y dispuesta para la lactancia materna.
 4. Ofrezca solución a los obstáculos identificados antes de iniciar la lactancia.
 5. Evidencie que sus cuidados son delicados, suaves, humanos y cálidos con la madre, el recién nacido y la familia.
 6. Promueva la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna vinculando a grupos de la comunidad.
 7. Sea puntual en el cumplimiento de horarios de atención a las madres y familiares.
 8. Establezca una buena comunicación para que faciliten y contribuyan en el ingreso de las madres y familiares a la sala de lactancia materna.
 9. Ofrezca la información relativa a procedimientos y organización del programa, para mantener un orden en las actividades.
 10. Realice los registros que el programa de lactancia materna tiene establecidos, para tener acceso a la información: (si es posible con el apoyo de un profesional, diseñe un programa electrónico de comunicación que le facilite esta labor).

En el control

1. Valore a la madre y al recién nacido previamente para identificar posibles problemas para la lactancia materna y obtener datos para diseñar el plan de cuidado y asesoría con ellos.
2. Diseñe y realice diariamente talleres de educación dirigido a madres y familias donde se fortalezca la importancia de la lactancia materna; ventajas para la madre, niño, familia y sociedad; técnicas adecuadas según la situación clínica del recién nacido; extracción y conservación de la leche; cuidados de la madre, entre otros aspectos.

3. Ofrezca asesoría y acompañamiento en lactancia a madres con sus hijos para lograr el mantenimiento de la lactancia materna.
4. Dedique mayor tiempo de asesoría y acompañamiento a madres adolescentes o madres y recién nacidos con problemas para la lactancia.
5. Identifique las madres que requieren acompañamiento y asesoría frecuente, para planear el seguimiento y disminuir los riesgos de complicaciones.
6. Diseñe y distribuya material visual y/o audiovisual educativo en términos sencillos dirigido a madres, familias y comunidad en general.
7. Desestime y no promueva el uso de biberones, leches de fórmula, chupos de entretención o alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses de vida.
8. Recomiende a la madre el uso de ropa y sostén cómodos.
9. Promueva la valoración y trabajo interdisciplinario cuando la madre, padre, hijo e hija lo requieran.

Durante el nacimiento y puerperio se promueve el inicio precoz de la lactancia materna a través de las siguientes acciones:

1. Si las condiciones de la madre y el recién nacido lo permiten, inicie el contacto piel a piel inmediatamente, la lactancia en los siguientes 30 minutos y cubra el bebé con una compresa o campo tibio para prevenir la hipotermia.
2. Explique a la madre la importancia de la succión precoz para iniciar la producción de leche, contribuir en el alumbramiento, favorecer la involución uterina y evitar las hemorragias.
3. Eduque a la madre sobre lactancia materna, técnicas para lactar, extraer y conservar la leche materna.
4. Promueva el alojamiento conjunto para facilitar la lactancia las 24 horas.
5. No ofrezca al niño bebidas diferentes a la leche materna (aguas, dextrosa, leche de fórmula etc.).
6. Asegúrese que la madre esté descansada, tranquila, relajada, en posición cómoda y adecuada.
7. Observe la técnica de amamantamiento que utiliza la madre, corrija las deficiencias y enseñe la forma correcta.

8. Observe que el niño esté en buena posición:
 - El cuerpo esté alineado: oreja hombro y cadera.
 - El cuerpo del bebé esté frente al cuerpo de la madre (barriga/ con barriga).
 - Todo el cuerpo del bebé está sostenido y apoyado en el brazo de la madre.
9. Observe que el agarre del bebé es correcto:
 - Tiene la boca bien abierta
 - Se ve más areola por arriba que por abajo.
 - El labio inferior está revertido.
 - La nariz y el pezón están pegados al pecho.
10. Enseñe a la madre cómo identificar que el niño está comiendo:
 - Las mejillas se hinchan y están redondeadas
 - Escucha que deglute
 - El bebé está satisfecho
11. Enseñe a la madre la técnica para retirar el pezón de la boca del niño:
 - Introducir el dedo meñique en la boca del niño por un lado del pezón, halar suavemente el mentón hacia abajo y retirar
12. Integre al padre o persona significativa que haya asistido al parto al proceso de acompañamiento para la lactancia materna.

Con profesionales de enfermería y otros profesionales afines

1. Diseñe y realice talleres frecuentes de entrenamiento a los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud para capacitarlos en la estrategia de cuidado a madres, recién nacidos y familia durante la lactancia materna.
2. Mediante talleres de capacitación, involucre a estudiantes del área de la salud, para que participen en el desarrollo de la estrategia de cuidado a madres, neonatos y familia durante la lactancia materna
3. Diseñe y utilice material de divulgación por medios físicos, electrónicos, visuales, audiovisuales, etc., relacionada con la estrategia de cuidado en lactancia materna.

4. Sea el veedor del cumplimiento de la estrategia de cuidado durante la lactancia materna.
5. Programe y cumpla con reuniones regulares y a corto plazo con los profesionales de enfermería líderes del programa de lactancia para evaluar la experiencia, resultados, obstáculos y búsqueda de soluciones.
6. Demuestre a los colegas su disposición para la enseñanza y el aprendizaje en el cuidado durante la lactancia materna.
7. Coordine la participación en eventos científicos y académicos para socializar la estrategia y experiencia del cuidado a madres, neonatos y familia durante la lactancia materna.
8. Mantenga la información del programa actualizada y disponible para los profesionales que la soliciten con fines académicos y científicos.
9. Envíe la información pertinente a las instancias institucionales y académicas que lo soliciten.
10. Actualice regularmente el documento teórico/ conceptual.

Objetivo 5. Permitir o posibilitar.

1. Facilite a la madre, padre e hijo la experiencia del rol durante la lactancia materna:
 - Capacítelos en temas de lactancia materna
2. Brinde herramientas conceptuales, físicas y emocionales, que promuevan el empoderamiento del núcleo familiar en la lactancia materna.
3. Evalúe la calidad del apoyo familiar con que cuenta la madre, para buscar alternativas de solución o fortalecerlo.
4. Evalúe el entorno en que vive la madre, para buscar alternativas de solución o fortalecerlo
5. Garantice la accesibilidad de la sala de lactancia materna del Hospital a todas las madres, hijos.

Conclusión

Finalmente, podemos concluir que la lactancia materna exclusiva es una herramienta que brinda muchos y diversos beneficios tanto a la madre, como al recién nacido, al igual que a la sociedad en general. El papel de la enfermera resulta fundamental al momento de

difundir dichos beneficios, pues al ser el personal de salud que es más cercano al paciente, es capaz de detectar deficiencias en el conocimiento de este sobre el impacto de la LM en el desarrollo del bebé, sirviendo como puente de conocimiento hacia la sociedad y proporcionándose de tal manera que sea comprensible para ellos, aclarando dudas que pudiesen surgir y desmitificando conceptos o creencias arraigadas en nuestra sociedad, siempre teniendo en mente brindar una atención de calidad, cordial y que genere confianza en la persona a la que se le está proporcionando recordando que la enfermería tiene como rol la docencia y una actividad que forma parte del rol es el educar a la comunidad, en este caso, las madres.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
2. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Lactancia materna y alimentación complementaria. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
3. Sabillón. Composición de la leche materna. 1997. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>
4. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. 2023. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna>
5. Guel. Conocimientos deficientes en lactancia materna. 2015. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream>
6. Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. Lactancia Materna. 2018.
7. Lara, A. El papel de enfermería en la lactancia materna. *Ocronos*, 4(5), 167. 2021.
8. Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM]. Lactancia materna: rompiendo barreras. 2023. Disponible en: [Lactancia materna: rompiendo las barreras - RDU UNAM](#)
9. Velásquez, Hernández, D.E. Efectos del cuidado enfermero basado en teoría de Kristen Swanson sobre conocimientos y aceptación de lactancia materna en primigesta. *Revista Cubana de Enfermería*, 36 (4). 2020.