

México con sus diversas investigaciones muestra una creciente capacidad de conocimiento innovador, que ha llegado a impactar a nivel internacional, los investigadores mexicanos han ido cambiando su visión en cuanto a la investigación en temáticas que van de acuerdo al contexto o problemática que se presenta en el país, temáticas sobre medicina, comportamientos humanos, enfermedades crónicas, migrantes, sexualidad, inclusión de género, enfermedades de transmisión sexual, que se han publicado en revistas de alto impacto y que han sido citados en trabajos realizados en otros países.

El investigador continúa haciendo de su labor, una labor valiosa que sin ella no podría generarse nuevo conocimiento y evidencia científica que beneficia en muchos aspectos: económico, salud y de educación, pese a encontrarse con algunos obstáculos dentro del proceso de elaboración y preparación de un trabajo científico para su publicación, lo cual representa un reto laboral y personal.

La problemática que hoy en día México enfrenta requiere fomentar la investigación en los diversos niveles educativos, apoyo a las universidades para generar conocimiento y difundirlo, que llegue a las diversas poblaciones del país para que se vean beneficiadas con los resultados obtenidos de dichas investigaciones, entre las que podemos encontrar las poblaciones o grupos vulnerables, para lo cual se requiere una mayor inversión presupuestal en la ciencia y la tecnología para que los investigadores mexicanos sean reconocidos a nivel mundial.



Investigación en México en torno a Poblaciones Vulnerables
HERMELINDA AVILA · JUANA RUIZ · JESUS GUERRA (COORDS.)



Investigación en México en torno a Poblaciones Vulnerables

HERMELINDA AVILA ALPIREZ · JUANA MARIA RUIZ CERINO
· JESUS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ ·
COORDINADORES





INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES

Coordinadores: Hermelina Ávila Alpírez, Juana María Ruiz Cerino y Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

Autores: Gloria Mayte del Ángel-Del Ángel, Jesús Alejandro Guerra-Ordóñez, Hermelinda Ávila-Alpírez, Ma. de la Luz Martínez-Aguilar, Higinio Fernández-Sánchez, Milton Carlos Guevara Valtier, Obed Jazmin Laureano, Diego Rafael Cisneros-Maldonado, Eloísa Marisol García-Lartigue, Gustavo Gutiérrez-Sánchez, Diana Moreno-Bernal, Carolina Valdez-Montero, Liliana Salcido-Cibrián, Mario Enrique Gámez-Medina, Jessica Guadalupe Ahumada-Cortez, Tatiane Geralda André, Lucía Caudillo-Ortega, Emma Yazmín Ojeda-Huitrón, Ana Laura Carrillo-Cervantes, Daniel Sifuentes-Leura, Luis Carlos Cortez-González, Lucía Ruiz-Ramos, Yolanda Velázquez-Narváez, Óscar Monreal-Aranda, Gloria Imelda Hernández-Rodríguez, Fabiola Peña-Cárdenas, Benito Zamorano-González, Sandra Nallely Flores González, Arely Estefany Huerta Castillo, Valeria Vargas de la O, Martha Dalila Méndez-Ruiz, Miguel Ángel Villegas-Pantoja, Laura Alicia García-Perales, Francisco Cadena-Santos, Daniel Martínez-Morante, Yolanda Flores-Peña, Perla María Trejo Ortiz, Roxana Araujo Espino, Luvia del Carmen Castillo Arcos, Ginne Ussi Guadalupe Apodaca-Orozco, Carolina Peñúñuri-Pacheco, Martha Ofelia Valle-Solís, Maribel Ramírez-Estrada, María Magdalena Sandoval-Jiménez, Verónica Benítez-Guerrero, Luis Gerardo Valdivia Pérez, Rubi Armandina Ramiro-Montelongo, Blanca Irene Gracia-Riestra, Ernesto Guerra García.

Primera edición: diciembre 2022

D.R. © HERMELINDA ÁVILA ALPIREZ, JUANA MARÍA RUÍZ CERINO Y
JESÚS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

D.R. © LOS RESPECTIVOS AUTORES

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA INDÍGENA DE MÉXICO. FUENTE DE CRISTAL 2334 ENTRE CORAL Y
CUARZO. FRACC. FUENTES DEL BOSQUE. LOS MOCHIS, SINALOA. C.P. 81229. www.uaim.edu.mx

D.R. © EDICIONES DEL LIRIO S.A. DE C.V.
AZUCENAS 10, COL. SAN JUAN XALPA, ALCALDÍA IZTAPALAPA
C.P. 09850, CIUDAD DE MÉXICO, TELÉFONO 56134257

Cuidado de la edición: Sigfrido Bañuelos

Diseño de portada: Patricia Reyes

ISBN EDL: 978-607-8837-51-9

ISBN UAIS: 978-607-98868-6-8

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES

HERMELINDA ÁVILA ALPIREZ

JUANA MARÍA RUÍZ CERINO

JESUS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

[Coordinadores]



uaim







CONTENIDO

Prólogo	9
Prefacio	10
Introducción	11
<i>Protocolos</i>	
Capítulo 1. Violencia en el noviazgo, sexismo y dependencia emocional en adolescentes de bachillerato	15
Capítulo 2. Estrés y autonomía en mujeres que se quedan en contextos transnacionales: una propuesta	25
Capítulo 3. Prácticas maternas de alimentación en niños de 5 a 11 años con sobrepeso y obesidad	41
<i>Estudios Piloto</i>	
Capítulo 4. Sexting, victimización sexual en línea y riesgo sexual para VIH en adolescentes: un estudio piloto	51
Capítulo 5. Estudio piloto: autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con trastorno del espectro autista	67
<i>Investigaciones Originales</i>	
Capítulo 6. Apoyo social, habilidad de cuidado y actitudes hacia el cuidado en cuidadores informales de adultos mayores con demencia	81
Capítulo 7. Familia, ideación suicida y autoestima en estudiantes universitarios	101
Capítulo 8. Relación entre ideación suicida y bullying en estudiantes de nivel secundaria	113
Capítulo 9. Relación entre religiosidad y consumo de alcohol en pacientes con VIH	127



Capítulo 10. Problemas conductuales del hijo con sobrepeso y obesidad	143
Capítulo 11. Prácticas maternas de alimentación en preescolares y escolares según estado nutricional y percepción del peso del hijo	159
Capítulo 12. Gestión de la salud sexual del adolescente para la prevención de embarazos e ITS	181
Capítulo 13. Autoestima, apoyo social para sexo seguro y resiliencia sexual en mujeres jóvenes	197
Capítulo 14. Percepción de las mujeres durante el puerperio sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural	211
<i>Intervención</i>	
Capítulo 15. Evaluación de un programa cognitivo conductual para reducir el estrés en pacientes con cardiopatías	227
<i>Revisión Histórica-Etnográfica</i>	
Capítulo 16. Indigenismo institucional y neoindigenismo en los yoreme mayo de Sinaloa	245
Índice alfabético	265



Prólogo

En la actualidad, la atención a poblaciones vulnerables ha adquirido gran importancia en la investigación por su impacto en la mejora de conductas que favorecen un óptimo estado de salud física, mental, social y espiritual. La Comisión Nacional de Derechos Humanos considera como grupos vulnerables a los niños, adolescentes, migrantes, personas con enfermedades crónico-degenerativas, con trastornos psicológicos, adultos mayores, grupos indígenas, la comunidad LGBT, poblaciones en riesgo de contraer o que tienen enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida.

En muchas ocasiones, los derechos de estos grupos son quebrantados, por lo que requieren programas de apoyo gubernamentales y de intervención multidisciplinaria que favorezcan conductas óptimas para su salud, y como cualquier otro individuo tienen derecho a un trato digno, a ser escuchados y respetados en la sociedad. Hoy día, hemos visto cómo han sufrido todo tipo de violencia (física, económica, psicológica, emocional, social y sexual) que afecta gravemente su integridad. Uno de los grupos más afectados son los migrantes que por motivos económicos, situaciones de pobreza y de supervivencia, abandonan su lugar de origen y al hacerlo se enfrentan a diversos problemas que ponen en riesgo su vida e incluso la de sus familias.

Los niños y adolescentes es otro de los grupos que está siendo afectado por problemas crónicos y conductuales de salud como, por ejemplo, problemas alimentarios, baja autoestima, ideas suicidas y bullying, que requieren identificarse para establecer con las padres estrategias de intervención que ayuden a prevenirlos y modificar estilos de vida que eviten su continuación e impacten en la edad adulta.

Por ello, en este libro el lector tiene la oportunidad de apreciar diversas investigaciones realizadas en poblaciones vulnerables. Sin duda, son un gran aporte al conocimiento científico y sirven como base para futuras investigaciones benéficas para el estado de salud de estas personas, a quienes su condición de vulnerabilidad les impide acceder a mejores condiciones de bienestar tanto física, mental, social y espiritual.





Prefacio

La investigación científica en México ha crecido considerablemente en comparación con años anteriores. A nivel mundial, ocupa el lugar 28 en el volumen de producción científica, produciendo anualmente 25 000 artículos científicos, lo que representa el 1% del conocimiento internacional, lo cual se dio a conocer en el año 2018, pero a pesar de ello aún es muy escasa la inversión para la ciencia y la tecnología, debido a que año con año disminuye el presupuesto destinado, lo que afecta de manera considerable el trabajo del investigador al no contar con los recursos necesarios para realizar su trabajo y difundirlo.

Con sus diversas investigaciones, México muestra una creciente capacidad de conocimiento innovador que ha llegado a impactar a nivel internacional. Los investigadores mexicanos han ido cambiando su visión en cuanto a la investigación en temáticas que van de acuerdo con el contexto o problemática en el país; investigaciones sobre medicina, comportamiento humano, enfermedades crónicas, migrantes, sexualidad, inclusión de género o enfermedades de transmisión sexual, que se han publicado en revistas de alto impacto y citadas en trabajos realizados en otros países.

El investigador continúa haciendo de su labor un trabajo valioso. Sin ella, no podría generarse conocimiento y evidencia científica que beneficia en muchos aspectos: económico, salud y de educación, pese a encontrarse con algunos obstáculos en el proceso de elaboración y preparación de un trabajo científico para su publicación, lo cual representa un reto laboral y personal.

La problemática que hoy día enfrenta México requiere fomentar la investigación en los diversos niveles educativos, apoyo a las universidades para generar conocimiento y difundirlo, que llegue a las poblaciones del país para que se beneficien con los resultados de dichas investigaciones, entre las que podemos encontrar las poblaciones o grupos vulnerables; para ello, se requiere mayor inversión presupuestal en la ciencia y la tecnología con el propósito de que los investigadores mexicanos sean reconocidos a nivel mundial. Por ello, este libro se elaboró con el objetivo de presentar evidencia científica del trabajo invaluable de investigadores nacionales en poblaciones vulnerables.





Introducción

El libro *INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES* está dirigido por el Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano, de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Es producto de la contribución de investigadores de diversas instituciones para ofrecer un panorama general de los problemas que se presentan en dichas poblaciones.

Para asegurar la calidad de las investigaciones, se siguió un riguroso proceso de selección. Cada uno de los capítulos cuenta con la aprobación de comités de ética o investigación de las instituciones de procedencia de los autores; fueron evaluados por revisores externos y dichas evaluaciones fueron hechas a doble ciego. Asimismo, compilados los capítulos, se sometió a un proceso de dictaminación por investigadores con gran trayectoria reconocida en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), lo que realza su calidad y el esfuerzo de investigadores mexicanos por aportar conocimiento científico en diferentes disciplinas.

Los autores y colaboradores de esta obra son docentes-investigadores de pregrado y posgrado que cuentan con perfil PRODEP y son miembros del SNI, que pertenecen a diversos cuerpos académicos en sus instituciones y que hacen investigación en torno a poblaciones vulnerables; se podrán encontrar en ella diversas temáticas del contexto actual que van desde estudios piloto e investigaciones originales.

En cada uno de los capítulos se abordan estudios originales con diversas problemáticas en relación con violencia, dependencia emocional, victimización, ideas de suicidio y riesgo de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, habilidades de cuidado de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia, problemas conductuales y de alimentación en niños. En cuanto a los estudios piloto, podemos encontrar estudios de una población vulnerable importante como es el trastorno del espectro autista y la victimización y riesgo sexuales para el VIH en adolescentes, los cuales aportan resultados valiosos para la investigación.

Por lo mencionado, se concluye que esta obra permite ampliar la perspectiva para que futuros investigadores, e investigadores por vocación, realicen trabajos de investigación disciplinares en grupos vulnerables que contribuyan a mejorar la salud en todos los niveles.







Agradecimientos

De manera especial, el agradecimiento a todos los investigadores que hicieron posible este trabajo. Sin su ayuda, profesionalismo y compromiso, no hubiera sido posible. Asimismo, a la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros por todo el apoyo brindado.

Muchas gracias







CAPÍTULO 1

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO, SEXISMO Y DEPENDENCIA EMOCIONAL EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO

DATING VIOLENCE, SEXISM AND EMOTIONAL DEPENDENCE IN HIGH SCHOOL ADOLESCENTS

*Gloria Mayte del Ángel-Del Ángel,¹ Jesus Alejandro Guerra-Ordóñez,² Hermelinda Ávila-Alpírez,³ Ma. de la Luz Martínez-Aguilar⁴



1. Licenciada en Enfermería. Estudiante de Posgrado, Maestría en Enfermería, Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros (UAM). Dirección postal: Avenida del Maestro y Marte, SN, Colonia Alianza. C.P. 87410, Heroica Matamoros, Tamaulipas, México. Correspondencia: <gloria.mayteangel@gmail.com>.
2. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEF. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
3. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Profesora de Tiempo Completo y Coordinadora de Investigación de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEF. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
4. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Profesora de Tiempo Completo y secretaria Técnica en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

Dirección Postal: Avenida del Maestro y Marte, SN, Colonia Alianza. C. P. 87410, Heroica Matamoros, Tamaulipas, México.



Resumen

Introducción. La violencia durante el noviazgo (VN) en adolescentes se considera un problema de salud pública; nueve de cada 10 sufren este problema (Organización Mundial de la Salud, 2019). En México, 76% de adolescentes de entre 15 y 17 años ha sufrido violencia psicológica, 17% sexual y 15% física (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2019). Los efectos a largo plazo son un factor de riesgo para enfermedades crónicas como hipertensión, patologías cardíacas, dolores musculares crónicos y ser predictor para la violencia de pareja en la adultez (Rubio-Garay, Carrasco, Amor & López, 2017). Estudios previos indagaron para encontrar una relación de influencia para que se presente vn; entre estos, presencia del consumo de drogas, uso de redes sociales, observación de maltrato intrafamiliar y los estilos de apego, pero son pocos los estudios que analizan la relación entre la presencia de dependencia emocional y sexismo para el desarrollo de vn. *Objetivo.* Será identificar la relación entre vn, dependencia emocional y sexismo en adolescentes de bachillerato en H. Matamoros, Tamaulipas. *Métodos.* El diseño será descriptivo correlacional (Grove, 2019), el tamaño de la muestra se considerará igual a la población total de estudiantes que mantengan una relación de pareja de noviazgo en los últimos 12 meses. Se utilizará una cédula de datos personales, el Cuestionario de violencia entre novios, el Cuestionario de Dependencia Emocional y la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes. Se procederá a recolectar los datos previa autorización para posteriormente hacer el análisis con IBM SPSS Statistics versión 22. *Conclusiones.* El aporte que se espera que esta investigación brinde a la disciplina de enfermería se fundamentará en la identificación oportuna en los jóvenes sujetos de estudio de la existencia o no de violencia, dependencia emocional.

Palabras clave: Violencia, sexismo, dependencia emocional, adolescentes.

Abstract

Introduction. Teen dating violence (TDV) is considered a public health problem; nine out of 10 suffer from this problem (World Health Organization, 2019). In Mexico, adolescents between ages of 15 to 17 have experienced violence, (76% psychological, 17% sexual, and 15% physical) (National Commission to Prevent and Eradicate Violence against Women, 2019). Long-term effects are a risk factor for chronic diseases such as hypertension, heart disease, chronic muscle pain, and are a predictor for intimate

partner violence in adulthood (Rubio-Garay, Carrasco, Amor, & López, 2017). Previous studies investigated to find an influence relationship for the presence of TDV, among these, the presence of drug use, use of social media, observation of domestic abuse and attachment styles, but there are few studies that analyze the relationship between presence of emotional dependence and sexism for the development of TDV. Objective. will be to identify the relationship between TDV, emotional dependence and sexism in high school adolescents in H. Matamoros, Tamaulipas. *Methods.* The design will be descriptive correlational (Grove, 2019), the sample size will be considered equal to the total population of students who have a dating relationship in the last 12 months. A personal data card, the Dating Violence Questionnaire, the Emotional Dependence Questionnaire and the Teen Sexism Detection Scale will be used. The data will be collected, with prior authorization, to later perform the analysis with IBM SPSS Statistics version 22. *Conclusions.* The contribution that this research is expected to provide to the nursing discipline will be based on the timely identification in young study subjects of the existence or not of violence, emotional dependence.

Keywords: Violence, sexism, emotional dependence, adolescents.

Introducción

La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años, considerado como una etapa de preparación para la edad adulta, más allá de la maduración física y sexual, durante la cual se producen varias experiencias que incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la capacidad de razonamiento abstracto y la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Entre estas experiencias interpersonales se encuentran las afectivas, en específico las relaciones de noviazgo. Este tipo de relación se define como la vivencia amorosa con un valor subjetivo que permite el conocimiento de la otra persona y el intercambio recíproco de valores que hacen parte de su ideal de vida romántica como lo son la tolerancia, confianza, ternura, respeto, sinceridad, pasión, comprensión, comunicación y autoestima.

En este sentido, cuando en dicha relación se ausentan los valores citados se da lugar a la violencia en el noviazgo (VN), la cual se conceptualiza como aquellos comportamientos que, dentro de una relación íntima o de pareja, tienden a causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de una relación íntima (Celis & Rojas, 2015).

Al considerar lo mencionado, la trascendencia de esta investigación se refleja en datos de la OMS (2019), la cual menciona que 9 de cada 10 adolescentes sufren VN, de los cuales solo tres de cada 10 denuncia; el resto lo mantiene en secreto al considerar estas prácticas como normales. En el caso de México, 76% de las adolescentes de entre 15 y 17 años ha sufrido violencia psicológica, 17% sexual y 15% física (CONAVIM, 2019).

Se distingue entre tres tipos principales de VN que pueden estar presentes: la violencia emocional o psicológica, la violencia física y la violencia sexual. Es frecuente que estos tres tipos de expresiones violentas se encuentren mezclados (Flores-Garrido & Barreto-Ávila, 2018).

Dentro de los elementos esenciales se tiende a relacionar la dependencia emocional (DE) con la violencia en la pareja bajo la hipótesis de que podría ser uno de los elementos determinantes de la perpetuación de relaciones violentas (Amor & Echeburúa, 2010). En este sentido, se ha definido la DE como un patrón persistente de necesidades emocionales que se intentan satisfacer de manera inadaptada con otras personas (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

Otro aspecto que se ha relacionado con VN es el sexismo, destacando que las actitudes e ideologías sexistas están relacionadas con manifestaciones de VN de tipo físico, verbal, emocional o sexual (Herrera, 2015). Se ha podido analizar que los individuos que suelen poseer esquemas paramétricos sobre los roles de género que la sociedad impone son más proclives a tener mayor resistencia a la violencia dentro de la pareja (Rodríguez, Lameiras, Carrera & Faílde, 2010). Por este motivo, se ha seleccionado este trabajo de investigación, en el cual se plantea como objetivo identificar la relación entre la violencia en relaciones de noviazgo, dependencia emocional y sexismo en adolescentes de bachillerato de H. Matamoros, Tamaulipas.

La trascendencia de la investigación recae en el sentido de que la VN es una experiencia personal caracterizada por sentimientos de vergüenza, lo que obstruye las llamadas de ayuda para la mayoría de los adolescentes. El miedo a ser culpado, que el secreto no va a ser guardado, que los adultos van a presionar para que termine la relación o el miedo al castigo parental, impiden que los adolescentes revelen la experiencia que están viviendo. Sus mayores confidentes son habitualmente amigos, pero en la mayoría de los casos estos no tienen condiciones para brindar el apoyo adecuado, bien por estar sumergidos también en una relación abusiva o porque defienden una serie de creencias que perpetúan este fenómeno (Palomera, 2018).

Respecto a las experiencias previas sobre este fenómeno de investigación, nos encontramos que el primer estudio que dio entidad propia a la VN en la adolescencia (diferenciada de la violencia de pareja adulta) fue realizado por Makepeace (1981, citado en Zamora-Damián, Alvidrez; Aizpitarte & Rojas-Solís, 2018).

A partir de esta publicación, la población adolescente ha sido un contexto abierto a investigaciones relacionadas a la VN. Un ejemplo es lo realizado por Lucio-López y Prieto-Quezada (2014), quienes analizaron las manifestaciones de violencia en parejas de adolescentes que interactúan en Facebook y otras redes sociales. Los resultados reflejaron que la violencia psicológica online es una realidad en las interacciones en las redes sociales de los adolescentes que tienen una relación sentimental. En conclusión, sugieren que emergen nuevos factores virtuales de riesgo que enmascaran viejas violencias maquilladas ahora de un rostro digital dentro de las relaciones de noviazgo de los jóvenes sujetos de estudio.

Martínez, Vargas y Novoa (2016) describieron la posible relación entre las características de la VN (recibida y ejercida) en adolescentes y jóvenes respecto a la observación de maltrato entre sus padres. Los hallazgos reportaron una relación significativa entre haber observado violencia entre los padres y uso de conductas violentas con la pareja, concluyendo que en la población objeto de estudio los malos tratos durante el noviazgo son frecuentes, independientemente del género.

En contexto con la literatura consultada, es importante destacar que en población adolescente se han realizado estudios para encontrar una relación de influencia para que se presente violencia en las relaciones de noviazgo. En este sentido, se ha tomado importancia a la presencia del consumo de drogas, uso de redes sociales, observación de maltrato dentro de la familia, así como los estilos de apego; no obstante, son pocos los estudios que analizan la relación entre la presencia de DE y sexismo, así como la prevalencia de violencia como tal en las relaciones de noviazgo en jóvenes, lo cual no es concluyente al describir dicha dinámica, debido a que se considera la invisibilización de este problema al no estar en una relación formal como lo es el matrimonio.

Métodos

Diseño. El diseño del estudio será de tipo descriptivo correlacional y transversal (Grove, 2019). La población de interés estará conformada por estudiantes adolescentes inscritos en el nivel medio superior, que mantengan una relación de noviazgo, incluyendo alumnos del primer a sexto semestre, cuyas edades estén en un rango de entre 15 a 19 años.

Población, muestra y muestreo. Para efectos de este estudio, el tamaño de la muestra se considerará igual a la población total de estudiantes que mantenga una relación de pareja de noviazgo en los últimos 12 meses. El muestreo será no probabilístico de tipo bola de nieve (Burns y Grove, 2012; Hernández et al., 2014). El tamaño de muestra

se determinará de acuerdo con la población que cumpla con los criterios de elegibilidad siguientes; se incluirán en el estudio a aquellos adolescentes de ambos sexos que hayan mantenido una relación de noviazgo de por lo menos dos meses consecutivos en los últimos 12 meses y que deseen participar mediante el asentimiento informado.

Instrumentos. Se aplicará una cédula de datos personales para el registro de datos conformada por 9 reactivos que se dividen en dos apartados; el primero consta de 4 preguntas que corresponden a información sociodemográfica que considera la edad, sexo, turno escolar, semestre que cursa, así como la edad y sexo de la pareja. En el segundo apartado se consideran las relaciones de noviazgo, se incluyen tres preguntas, con las cuales se podrá identificar si el adolescente se halla en una relación de noviazgo. Se hace mención de las siguientes preguntas: ¿actualmente tienes novio(a)?, ¿a qué edad tuviste tu primer novio (a)?, ¿cuánto tiempo tienes en tu relación actual?

Para medir la violencia en relaciones de noviazgo, se utilizará el Cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) (Rodríguez-Franco, López-Cepero, Rodríguez-Díaz, Bringas, Antuña y Estrada, 2010) con una fiabilidad de $\alpha = 0.935$. Respecto a la variable dependencia emocional será medida con el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) (Lemos y Londoño, 2006) con confiabilidad de 0.950; y, finalmente, para medir la presencia de sexismo se utilizará la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA) con una fiabilidad de .900 (Recio, Cuadrado y Ramos, 2007).

Procedimiento de recolección de datos. Para iniciar la recolección de datos, primero el estudio se evaluó y autorizó por el Comité de Investigación y Ética en Investigación, de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros (UAMM), contando con el dictamen número 089. Asimismo, se hará la petición del Oficio del Solicitud para trabajar en campo a la UAMM, que será presentado a los directivos de una institución de bachillerato para tener una población accesible que cumpla con los criterios establecidos. En seguimiento al oficio de solicitud, se permanecerá a la espera de respuesta para obtener de los directivos de la institución.

Obtenida la autorización por la institución educativa, se programará una reunión con el director y la coordinadora académica para informar de los aspectos considerados en el desarrollo del proyecto, se solicitarán listas de asistencia que contengan los correos institucionales de los alumnos. Mediante el correo, se les hará llegar el póster informativo sobre el proyecto de investigación, así como la información detallada, a aquellos adolescentes de 15 a 17 años donde se les invitará a participar en el estudio si se encuentran en una relación de noviazgo. Aquellos alumnos interesados deberán responder el correo con el texto «presente»; de esta forma, se les hará llegar el link de



formulario de Google que contenga el consentimiento, o bien asentimiento informado, según corresponda.

Las dudas que surjan acerca de los detalles del proyecto se resolverán vía telefónica o correo. Los adolescentes que presenten los consentimientos o asentimientos tendrán acceso al link del formulario de Google que contendrá la cédula e instrumentos de investigación. La recolección de datos se hará en los meses de enero a mayo del 2021 por la investigadora y dos colaboradores capacitados previamente en el trato ético y profesional de los adolescentes, así como la aplicación adecuada de los instrumentos. Al término del llenado de los instrumentos, se les agradecerá su participación y colaboración en el estudio. Los cuestionarios serán resguardados por un periodo de 12 meses y posteriormente la información será destruida.

Plan de análisis de datos. El plan de análisis para los resultados se realizará usando el programa de Microsoft Excel para Windows como primer filtro para la concentración de los datos que se obtengan mediante el formulario de Google. Posteriormente, se concentrarán y analizarán en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22 para Windows. De manera inicial, se utilizará estadística descriptiva a través de frecuencias para los datos contenidos en la cédula de datos personales, medidas de tendencia central para datos como edad, tiempo de relación de noviazgo y de variabilidad para describir la muestra de estudio. En seguida, se dará respuesta al objetivo general; primero, se hará la prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov Smirnov con corrección Lilliefors y de acuerdo con su resultado se optará por estadística paramétrica o no paramétrica, con un coeficiente de correlación, ya sea Pearson o Spearman, según el resultado de la prueba de normalidad, y posteriormente se hará un análisis de regresión lineal entre las variables.

Conclusiones

El tema de investigación planteado permite caracterizar en manera más amplia este emergente problema de salud pública, que si bien se ha relacionado con factores causantes son muy pocos los estudios que se han centrado en buscar una relación entre variables que influyen de alguna forma para mantenerse dentro de una relación de noviazgo que no es sana, ya que en la mayoría de los adolescentes se normalizan las conductas violentas, sexistas o dependientes por la pareja, las cuales, si no se detectan a tiempo, pueden causar impactos a nivel psicológico, social y, en el peor de los escenarios, tener impacto en el nivel físico.



Recientemente se ha empezado a dar un sentido de importancia más real a las relaciones de noviazgo y las situaciones que van surgiendo en torno al mismo; anteriormente, los conflictos que se daban en las parejas se consideraban como tales solo al cohabitar en el mismo sitio o estar formalmente establecidos mediante un matrimonio, conceptualizado como violencia de pareja.

Por este motivo, es de nuestro interés estudiar las situaciones negativas que se inician en el noviazgo adolescente, ya que esta es un tipo de relación interpersonal que definirá los comportamientos de interacción con las parejas próximas, siendo un factor de riesgo para problemas más graves de salud como ansiedad, depresión, insomnio e intentos de suicidio. Entendiendo que hay conductas sutiles que van incrementando al grado de tornarse en forma de algún tipo de violencia que se van pasando por alto, en el sentido de que la enfermería mantiene una responsabilidad social ante el cuidado y promoción de conductas saludables en los ámbitos comunitarios y escolares para prevenir consecuencias a la salud en poblaciones vulnerables como lo son los adolescentes.

Referencias

- Amor, P. & Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 97–104. <<https://dx.doi.org/10.5093/cc2010v1n2a3>>.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5* (5ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería* (4ª ed.). España: Elsevier.
- Celis, A. & Rojas, J. (2015). Violencia en el noviazgo desde la perspectiva de varones adolescentes. *Informes Psicológicos*, 15, 83–104. <[HTTP://DX.DOI.ORG/10.18566/INFP-SICV15N1A05](http://dx.doi.org/10.18566/INFP-SICV15N1A05)>.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, CONAVIM (2019). *Violencia en el noviazgo: no es amor, no es amistad*. <[HTTPS://WWW.GOB.MX/SIPINNA/ES/ARTICULOS/VIOLENCIA-EN-EL-NOVIAZGO-NO-ES-AMOR-NO-ES-AMISTAD?IDIOM=ES](https://www.gob.mx/sipinna/es/articulos/violencia-en-el-noviazgo-no-es-amor-no-es-amistad?idiom=es)>.
- Flores-Garrido, N. & Barreto-Ávila, M. (2018). Violencia en el noviazgo entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México. Un análisis mixto. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 9(26), 42–63. <[HTTPS://DX.DOI.ORG/10.22201/II-SUE.20072872E.2018.26.290](https://dx.doi.org/10.22201/II-SUE.20072872E.2018.26.290)>.

- Grove, S.K. (2019). Introducción a los diseños de investigación cuantitativa. En Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia* (7ª ed). España: Elsevier, 191–210.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, M. (2015). *Relación entre sexismo ambivalente y violencia de pareja íntima según nivel educativo*. (Tesis para optar el título de licenciada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. <<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6177>>.
- Lemos M., A. & Londoño N., H. (2006). Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127–140.
- Lucio-López, L.M. & Prieto-Quezada, M.T. (2014). Violencia en el ciberespacio en las relaciones de noviazgo adolescente. Un estudio exploratorio en estudiantes mexicanos de escuelas preparatorias. *Revista de Educación y Desarrollo*, 31, 61-72.
- Makepeace, J.M. (enero, 1981). Courtship Violence Among College Students. *Family Relations*, 30(1), 97–102. <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/584242?uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101168954503>>.
- Martínez, J.; Vargas, R. & Novoa, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 101–112.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. <[HTTPS://WWW.WHO.INT/MATERNAL_CHILD_ADOLESCENT/ TOPICS/ADOLESCENCE/DEV/ES/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)>.
- Palomera, B.C. (2018). Intervenciones de prevención de la violencia en el noviazgo de adolescentes. (Tesis de grado). Universidad de Cantabria, Santander, España.
- Recio, P.; Cuadrado, I. & Ramos, E. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA). *Psicothema*, 19(3), 522–528, 522.
- Rodríguez-Franco, L.; López-Cepero, J.; Rodríguez-Díaz, F.J.; Bringas, C.; Antuña, M.A. & Estrada, C. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 45–52.

INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES

- Rodríguez, Y.; Lameiras, M., Carrera, M. & Faílde, J. (2010). Evaluación de las actitudes sexistas en estudiantes españoles/as de educación secundaria obligatoria (Colombia). *Rev. Psychologia, Avances de la Disciplina*, 4(1). Universidad de San Buenaventura. <<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086002.pdf>>.
- Rubio-Garay, F.; Carrasco, M.A.; Amor, P.J. & López-González, M.A. (2017). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1): 47-56. <[HTTP://BITLY/2NkuUGK](http://bit.ly/2NkuUGK)>.
- Zamora-Damián, G.; Alvidrez, S.; Aizpitarte, A. & Rojas-Solís, J.L. (2018). Prevalencia de violencia en el noviazgo en una muestra de varones adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9, 30-53. <[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/PDF/RPCC/V9N1/2007-1833-RPCC-9-01-30.PDF](http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/V9N1/2007-1833-RPCC-9-01-30.pdf)>.



CAPÍTULO 2

ESTRÉS Y AUTONOMÍA EN MUJERES QUE SE QUEDAN EN CONTEXTOS TRANSNACIONALES: UNA PROPUESTA

STRESS AND AUTONOMY OF WOMEN WHO REMAIN BEHIND ACROSS TRANSNATIONAL
MIGRATION: A STUDY PROTOCOL

Higinio Fernández-Sánchez,¹ Jesus Alejandro Guerra-Ordóñez,² Milton Carlos
Guevara Valtier,³ Obed Jazmin Laureano⁴



1. *Maestro en Enfermería. Candidato a Doctor en Enfermería en la University of Alberta, Faculty of Nursing. Becario CONACYT. Correspondencia: <higinio@ualberta.ca>.
2. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
3. Doctor en Educación. Profesor investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la UANL. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
4. Doctor en Educación. Académico de la Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería, Orizaba, Veracruz.

Dirección Postal: 11305 University Avenue, Edmonton, AB, T6G 1Y8, Canadá.



Resumen

Introducción. Más de 12 millones de mexicanos viven y trabajan fuera del país. La mayoría de los migrantes son hombres que han dejado atrás a sus parejas y familias. El periodo de transición y el cambio en la estructura familiar pueden afectar la salud de las mujeres. *Objetivo.* Describir si hay una asociación entre el tiempo que permanece el migrante fuera de México, el estrés emocional y la autonomía de las mujeres que se quedan atrás. *Métodos.* Para este estudio, se utilizará un diseño cuantitativo, descriptivo-correlacional. La Teoría de Transiciones guiará la interpretación de los resultados. La muestra incluirá 134 mujeres de nacionalidad mexicana que se quedan atrás mientras sus parejas permanecen en el extranjero, y mujeres cuyas parejas hayan regresado al país. Las participantes serán identificadas durante una Feria de Salud de la Mujer y serán reclutadas utilizando un muestreo por cuotas no probabilístico. Para medir el estrés emocional y la autonomía, se empleará el «Inventario de estrés de la familia migrante» y la «Escala de autonomía de la mujer». *Conclusiones.* Se espera que entre mayor tiempo permanezcan las parejas migrantes fuera de México, el estrés emocional de las mujeres que se quedan atrás disminuya y su autonomía aumente. Se infiere que, al regreso de las parejas migrantes, el estrés emocional de las mujeres vuelva a aumentar y su autonomía disminuya.

Palabras clave: Emigración e inmigración, trastornos emocionales, separación familiar, autonomía personal, salud de la mujer.

Abstract

Introduction. Over 12 million Mexicans live and work across the Mexican borders. The vast majority are men who have left their partners and families behind. The transition period and the change in the family structure might result in unhealthy outcomes for women who stay behind. *Objective.* Therefore, the purpose of this study is to describe whether there is an association between the time that migrated partners have been away from the family and the emotional distress and autonomy of Mexican women who remain behind. *Methods.* This is a cross-sectional, correlational study. We will use Meleis' Transitions Theory to guide and interpret the results. The sample will include Mexican women who were left-behind by their migrant partners, and women whose partners have returned. We will identify participants during a «Women's Health Fair» and we will recruit them, using non-probabilistic, quota sampling. To measure



emotional distress and autonomy, we will use the «Stress Inventory of the Migrant Family» and the «Women Autonomy Scale». *Conclusions.* Our hypothesis is that the time that migrant partners have been away from the family is associated with decreased emotional distress and increased autonomy in women who stay behind. In addition, we assume that at the return of migrant partners, the women's wives' emotional distress increases and their autonomy decrease.

Keywords: Emigration and immigration, emotional disturbances, family separation, personal autonomy, women's health.

Introducción

La migración transnacional, como fenómeno mundial, se refiere al movimiento de personas que cruzan fronteras internacionales con la intención de residir en un país distinto del suyo (Ordaz et al., 2014; Fernández-Sánchez et al., 2020). Se ha demostrado que este fenómeno influye directamente en el creciente número de familias transnacionales (Hamilton & Hale, 2016), que se caracterizan por una mujer no migrante que se queda en su lugar de origen, es decir, «atrás», mientras que sus parejas emigran al extranjero (Bryceson, 2019). Incluso cuando hombres migrantes permanecen fuera por largos periodos, a veces meses o años, mantienen estrechos vínculos con sus familias en su país de origen (Hamilton & Hale, 2016; Shih, 2015).

Los efectos de la migración transnacional sobre la separación de familias han sido documentados mediante la investigación (Fernández-Sánchez, 2020; Fernández-Sánchez et al., 2020). Se ha documentado especial interés en la salud de mujeres no migrantes que se quedan atrás, así como en su bienestar mental; la evidencia ha demostrado que la ausencia del hombre migrante en la familia puede causar perturbaciones en el estado emocional y mental de las mujeres que quedan atrás (Dreby, 2010). Este alejamiento también puede desempeñar un papel importante en la autoestima de la mujer y en el aumento de su autonomía incluyendo la toma de decisiones y libertad de movimiento (Yabiku et al., 2010; Cortés, 2016). No obstante, los autores de estos estudios no han evaluado si los resultados pudieran haber estado influidos por el tiempo que el migrante ha estado alejado de la familia. Es decir, la reciente emigración de la pareja podría ocasionar la presencia o aumento de estrés en la mujer que se queda atrás; sin embargo, con el tiempo, las mujeres podrían adaptarse a los cambios, viéndose reflejado en la disminución o eliminación del mismo estrés.



Un estudio en China (Yi et al., 2014) demostró que las mujeres con parejas migrantes, comparadas con mujeres sin pareja migrante, tenían niveles más altos de estrés ($M=17.23$ vs. $M=14.89$ en la escala de Cohen, $p=0.005$) y depresión ($M=10.90$ vs. $M=7.93$ en la escala de Cohen, $p=.005$). Los autores concluyeron que los hallazgos podrían deberse al creciente número de responsabilidades que las mujeres deben asumir cuando sus parejas emigran, como enfrentar responsabilidades financieras, sociales y de implicación familiar. En México, en una investigación similar, Edelblute et al. (2014) encontraron que el 28% y el 13% de las mujeres que quedaron atrás experimentaron síntomas depresivos moderados y severos, respectivamente. Estos resultados concuerdan con el informe de López-Castro (2007), quien sugirió una asociación entre los problemas de salud entre estos el dolor lumbar, dolores de cabeza, hipertensión y fatiga crónica que presentan las mujeres mexicanas con parejas migrantes con el estrés y la ansiedad. Y esto puede deberse a las muchas responsabilidades que estas asumen mientras sus parejas viven y trabajan en el extranjero. Otros investigadores han encontrado que las mujeres que se quedan atrás son más propensas a reportar síntomas de angustia, soledad, llanto e insomnio en comparación con las mujeres cuyas parejas no son migrantes (Bojorquez et al., 2009).

Por otra parte, Matz y Mbaye (2017) compararon el impacto de la migración sobre la autonomía de las mujeres etíopes con parejas migrantes y mujeres sin parejas migrantes. Las mujeres con parejas migrantes mostraron un aumento en las variables que medían la autonomía en comparación con las mujeres con parejas no-migrantes, el poder de decisión ($M=5.019$ vs 4.714 , $p=0.305$), la autodeterminación ($M=5.314$ vs. $M=4.686$, $p=0.390$) y la capacidad de proteger los intereses propios ($M=4.686$ vs. $M=4.558$, $p=0.127$). Sin embargo, los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Asimismo, Yabuki et al. (2010) hicieron un estudio en Mozambique para examinar la relación entre la migración laboral de hombres y la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres que se quedaron atrás. Los hallazgos demostraron que un porcentaje menor de las mujeres con parejas migrantes pedía permiso a su marido o a su familia para salir (16.7%), en comparación con las mujeres sin parejas migrantes (28.8%). Los autores de este estudio concluyeron que la ausencia de los hombres en la familia influye directamente en la autonomía de las mujeres. En un estudio realizado en una zona rural de México (Bojórquez et al., 2009) investigadores encontraron que las mujeres con parejas migrantes tenían una mayor autonomía de movimiento, es decir, no tenían que pedir permiso para visitar a la familia, amigos, entre otros aspectos en comparación con las mujeres sin parejas migrantes.

Los autores de estos estudios han sugerido que la autonomía de las mujeres que se quedan atrás puede persistir incluso después del regreso de los esposos; sin embargo, no proporcionan pruebas suficientes para apoyar ese argumento.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016) (Ordaz et al., 2014) reportó que 12 027 320 mexicanos vivían en el extranjero, de los cuales el 97.33% vive en Estados Unidos. El mismo informe colocó al estado de Veracruz en el sexto lugar con 43 724 personas que viven y trabajan fuera del país. Aunque la cifra de mujeres mexicanas que emigran también ha ido en aumento, la mayoría de migrantes son hombres que han dejado atrás a sus familias. Diversas investigaciones sobre migración han afirmado que la inseguridad en la frontera norte de México ha prolongado la estadía de los migrantes en Estados Unidos (Hamilton & Savinar, 2015), de tal manera que los migrantes no puedan visitar con mayor frecuencia a sus familiares en México y, por tanto, se modifique la estructura familiar.

Las mujeres que quedan atrás pasan por un periodo de transición durante el proceso de migración de sus parejas. Según la Teoría de Transición (Meleis et al., 2000), se presentan cuatro tipos de transiciones que desencadenan el cambio en una persona, siendo de desarrollo, de situación, de salud-enfermedad y de organización. Para el propósito de este estudio, se utilizará las transiciones situacionales, definidas como «experiencias y respuestas a los cambios situacionales» (Meleis, 2015). Esta teoría destaca que algunos individuos pueden experimentar una transición saludable mientras que otros experimentan lo contrario. Como lo demuestran las investigaciones, un gran número de mujeres que se quedan atrás en los procesos migratorios se han visto afectadas por el estrés emocional, referido como un desajuste entre los recursos psicosociales y las exigencias de la situación (Nobles et al., 2015). Sin embargo, otras mujeres que se quedan atrás podrían participar en una transición saludable, lo que les permitiría ampliar su autonomía, definida esta última como la conservación de un sentido de autodeterminación que crece en cooperación con otros (Ullah, 2017).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, y dada la importancia de comprender mejor los efectos de la migración transnacional sobre el estrés emocional y la autonomía de las mujeres que se quedan atrás, se han establecido las siguientes preguntas de investigación: 1) ¿el tiempo que los migrantes han estado distanciados de su familia está asociado con el estrés emocional y la autonomía de las mujeres que se quedan atrás?, y 2) ¿el retorno de los migrantes está asociado con el estrés emocional y la autonomía de las mujeres que se quedan atrás?

Métodos

Diseño. Para este estudio, se utilizará un diseño descriptivo-correlacional con un enfoque cuantitativo (tabla 1). Este diseño es apropiado para conocer la relación entre el estrés emocional y la autonomía en los participantes del estudio en un momento determinado (Setia, 2016). Asimismo, es adecuado para medir la prevalencia y el alcance de las variables y cómo se asocian con el tiempo transcurrido desde que las parejas migrantes se han marchado. Este diseño permitirá estimar la asociación entre el tiempo de migración, el estrés emocional y la autonomía de las mujeres que se han quedado atrás, atendiendo el objetivo de estudio: describir si hay una asociación entre el tiempo que permanece el migrante fuera de México, el estrés emocional y la autonomía de las mujeres que se quedan atrás, utilizando métodos de recopilación de datos primarios para este estudio por medio de entrevistas estructuradas cara a cara.

Tabla 1

Diseño de estudio, México

Categorías	Mediciones
E ₁	O ₁
E ₂	O ₁
E ₃	O ₁
E ₄	O ₁

Nota: E1= Mujeres que se quedan atrás en zonas urbanas, E2 = Mujeres que se quedan atrás en zonas rurales, E3 = Mujeres con parejas que han retornado en zonas urbanas, E4 = Mujeres con parejas que han retornado en zonas rurales, O = mediciones.

Población, contexto y muestra. La población de interés estará compuesta por mujeres que se han quedado atrás por sus parejas migrantes, y mujeres cuyas parejas migrantes han regresado a sus hogares. Estas mujeres serán seleccionadas de seis comunidades del estado de Veracruz, México. El investigador principal de este estudio se pondrá en contacto con la Dirección General de Atención a Migrantes en el estado de Veracruz para solicitar información sobre la tasa total de migración en las comunidades de la región norte de dicho estado. La selección de comunidades se hará mediante un método de muestreo específico en tres etapas. Kral et al. (2010) definieron

este método como un proceso sistemático utilizado para seleccionar poblaciones precisas dentro de zonas geográficas. En primera instancia, la población se clasificará en comunidades urbanas y rurales. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (como se cita en Cervera-Flores & Rangel-Flores, 2015), una comunidad se considera rural cuando tiene menos de 2500 habitantes, mientras que la urbana es mayor a 2500. Hecha esta categorización, las comunidades se colocarán en orden, considerando la tasa de migración trasnacional. Finalmente, se seleccionarán las tres comunidades con el mayor número de migrantes de cada categoría (rural y urbana).

Para identificar y reclutar mujeres dentro de las localidades seleccionadas, el investigador principal realizará una Feria de Salud de la Mujer en las comunidades. Las ferias de salud se llevarán a cabo en las iglesias católicas locales con la autorización previa del sacerdote. Con dos semanas de antelación, se anunciará el lugar, fecha y hora de dicho evento, así como la información de contacto de los investigadores (nombre de los investigadores, correo electrónico, número telefónico). En el caso de las comunidades rurales, se contratará a una persona para que realice el perifoneo en la localidad. En los lugares urbanos, los anuncios estarán disponibles a través de carteles y folletos colocados en las tiendas de abarrotes y escuelas locales.

Los aspectos a considerar para la selección de las mujeres participantes en este estudio serán los siguientes: las parejas de las mujeres participantes viven o vivieron en el extranjero; asimismo, ellas deben contar con 18 años cumplidos o más. Se reclutarán participantes a través de una invitación abierta basada en una técnica de muestreo de cuota no probabilística. Para ello, se crearán dos categorías basadas en criterios: a) mujeres con parejas migrantes, y b) mujeres con parejas retornadas del extranjero. Este procedimiento es apropiado cuando la población se divide en subcategorías mutuamente excluyentes y los entrevistadores solicitan la participación en el estudio de los miembros de las subcategorías hasta que se haya alcanzado un número objetivo de elementos por subcategorías (Daniel, 2011).

Se hizo un cálculo del tamaño de la muestra utilizando el programa G*Power 3.1. Para alcanzar una potencia de 0.8 (alfa=0,05, tamaño del efecto 0,1, 5 predictores, regresión lineal múltiple: modelo fijo, desviación R^2 de cero), se necesita un tamaño total de muestra de 134 participantes, 67 participantes para cada categoría. El tamaño del efecto se basó en la predicción del investigador principal de este estudio, ya que no había ninguna evidencia previa para consultar.

Procedimientos. Un enfermero-investigador con posgrado reclutará participantes a través de una invitación abierta. A las mujeres que acepten colaborar en el estudio se les dará como incentivo una canasta de productos básicos de alimentación. Los auxiliares

del investigador serán capacitados para la recopilación de datos, además de contar con una formación académica de nivel superior. El investigador principal llevará a cabo supervisión continua a lo largo de la recopilación de datos. La capacitación consistirá en el adiestramiento de los auxiliares haciendo uso de un manual con instrucciones para una correcta aplicación de la encuesta, incluyendo la comprensión de cada uno de los ítems y la escala de medición. Los auxiliares serán mujeres para asegurar que las participantes se sientan más cómodas durante las entrevistas, así como para reducir las incidencias en la falta de respuesta. Esto es importante, ya que varios investigadores desde sus experiencias aprecian que las mujeres mexicanas prefieren hablar con otras mujeres acerca de sus preocupaciones sobre su estado de salud (Alcántara et al., 2015; Fernández-Sánchez, Hernández et al., 2020). Los datos se recopilarán mediante entrevistas estructuradas cara a cara en salas privadas dentro de la iglesia. Las mujeres que acepten participar en la investigación serán informadas sobre el objetivo del estudio, además de los beneficios y riesgos.

Mediciones. La encuesta utilizada para este estudio constará de tres secciones. En la primera parte se recopilarán datos sociodemográficos de los participantes como la edad, nivel de educación, tiempo que los migrantes han estado fuera y tiempo desde el retorno de los migrantes.

El estrés emocional se ha definido como un desajuste entre los recursos psicosociales y las exigencias situacionales (Nobles et al., 2015). Esta variable se medirá utilizando el Inventario de Estrés de la Familia Migrante (Salgado de Snyder & Maldonado, 1993). La escala identifica 20 situaciones específicas (ej. «Soy responsable de obligaciones que no tenía antes», «Soy consciente de que mi pareja puede formar una nueva familia en los Estados Unidos», «He perdido el apoyo de mi pareja migrante»), que pueden producir estrés para las mujeres que se quedan atrás. Se preguntará si las participantes han experimentado estas situaciones descritas en los últimos tres meses. Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de las situaciones, se les pedirá que evalúen el nivel de estrés asociado a esa situación. Los elementos se evalúan mediante una escala de tipo Likert de uno («bajo estrés») a cuatro («muy estresante»). Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de estrés en el individuo. Aunque no hay un estudio exclusivamente sobre el examen de fiabilidad y validez de esta herramienta de medición, Salgado de Snyder & Maldonado (1993) desarrollaron la herramienta para las mujeres mexicanas que se quedan atrás en el contexto de la migración transnacional. En su estudio, la escala demostró una alta fiabilidad de consistencia interna; el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.87.

La autonomía se medirá utilizando la escala «Autonomía de las mujeres» diseñada por Bojórquez et al. (2009). La escala se basó en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2003) y en el trabajo de otros autores (Setia, 2016; Shih, 215). La escala consta de cuatro subescalas de autonomía: decisión, movimiento, económica y política o social. La primera subescala evalúa la autonomía de decisión, que consta de siete elementos (ej. ¿quién decide cuánto gastar en alimentos?, ¿quién decide cuándo comprar ropa para uno mismo?); las preguntas se evalúan en una escala de: a-usted, b-su pareja o c-ambos. La dimensión de la autonomía de movimiento implica tres ítems (ej. asistir a una fiesta, visitar a la familia o a los amigos), los ítems se calculan en una escala de: a-usted no lo hace, b-usted tiene que pedir permiso, o c-usted no tiene que pedir permiso.

La subescala de autonomía económica tiene cuatro preguntas (ej. ¿participa en reuniones de padres de familia de la escuela?, ¿participa en reuniones de asociaciones políticas?); los ítems se evalúan en una escala dicotómica (sí o no). La última subescala evalúa la autonomía política o social; esta dimensión tiene tres ítems (ej. ¿ha recibido crédito?, ¿los bienes de la familia están registrados a su nombre?). Las preguntas se puntúan en una escala de sí o no. Las puntuaciones más altas indican una mayor autonomía cuando los elementos son recodificados. Se necesitan enfoques analíticos factoriales tales como Análisis de Componentes Principales (PCA) para conglomerar los ítems en índices. No existe un estudio sobre la fiabilidad y validez del instrumento; sin embargo, los autores (Bojórquez et al., 2009) desarrollaron un instrumento para determinar si era válido agregar ítems a los índices.

Análisis de datos. El Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for Social Sciences [SPSS]), versión 22.0 para Mac OS, se utilizará como auxiliar en el análisis de datos. El investigador principal de este estudio introducirá todas las variables en el programa SPSS. Además, se creará un Libro de Códigos que contendrá: a) el nombre de la variable, b) su etiqueta, y c) sus valores, si los hubiese. Dos auxiliares del investigador ingresarán la información al programa de manera independiente. Después de que los datos hayan sido registrados en SPSS, se llevará a cabo el proceso de limpieza de datos y se ejecutarán estadísticas descriptivas para detectar datos faltantes entre las encuestas. La limpieza de datos consistirá en revisar la información obtenida para identificar ambigüedades (ej. datos irrelevantes), discrepancias (ej. datos incompletos), inconsistencias (valores incorrectos) y valores inverosímiles, como por ejemplo una edad de 1000 años. También se investigarán los patrones de datos faltantes y en caso de faltas no triviales (uno o más elementos faltantes en >3% de las encuestas) o patrones faltantes que no son completamente al azar (evaluados por la prueba MCAR

de Sing Little). Posteriormente, se sustituirían los datos faltantes por procedimientos de imputación múltiple.

Lograda la depuración de los datos, se hará uso de estadísticas descriptivas para representar las características de los participantes y examinar los datos sobre la autonomía de las mujeres y el estrés emocional. La edad de los participantes se representará utilizando medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, y de dispersión como la desviación estándar. El nivel de educación y el número de hijos se medirán utilizando distribución de frecuencias.

También se examinarán los supuestos. Se realizará la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para identificar la distribución entre las variables. Esta prueba es apropiada cuando el tamaño de la muestra es igual o superior a 50 participantes (Frommert et al., 2012). Se considerará la distribución normal de la población si el valor p es >0.05 . Si se violan los supuestos, estos serán probados de la siguiente manera: si los datos muestran simetría, se utilizará la prueba de correlación de Pearson para probar la correlación entre la autonomía de las mujeres, el estrés emocional y el tiempo que los migrantes han estado ausentes. En caso de encontrar asimetría, se aplicará la prueba del Coeficiente de Correlación de Spearman. Ambas pruebas estadísticas se han considerado fiables para los resultados numéricos en datos independientes, donde un resultado más cercano a uno indicará una correlación más fuerte (Daniel, 2012). Los valores p y del 95% de confianza de estas correlaciones también serán reportados.

En caso de que los datos muestren normalidad, se utilizará una prueba de Regresión Lineal Múltiple para probar si hay asociación entre el tiempo que los migrantes han estado fuera, la autonomía de las mujeres y estrés emocional. Si los datos no muestran normalidad, se implementará un estimador de regresión, Robust Sandwich Estimator. Se informarán los valores p además de los intervalos de confianza del 95% de los coeficientes de regresión. Un valor p de $<0,05$ en la prueba de regresión lineal simple indicará una significancia estadística. En el caso del tiempo que los migrantes han estado fuera, se representará con los valores de X y las otras variables propuestas se representarán con una Y . Asimismo, se ejecutará la fiabilidad del coeficiente Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de las dos escalas a utilizar.

Riesgo de sesgo y limitaciones. Una fuente potencial de sesgo podría derivar de las expectativas del investigador principal. Es decir, los resultados podrían ser influidos por las creencias de este. Para reducir este riesgo, la recolección de datos y la captura de estos en el programa SPSS serán realizadas por los auxiliares de investigación. Además, cabe la posibilidad de error durante la recolección de datos debido al cansancio que

puedan experimentar los auxiliares. Se pretende minimizar el cansancio facilitando varios descansos cortos en diferentes momentos. Otro riesgo potencial es el sesgo del participante. Esto se refiere a cualquier factor que produzca información falsa, como el miedo a que terceros escuchen sus respuestas, lo cual se evitará realizando las entrevistas en un lugar privado dentro de la iglesia.

La falta de fiabilidad y validez de las escalas es otra limitante. Se evaluará el Alfa de Cronbach para ambas medidas; sin embargo, se reconoce que el resultado de esta prueba posiblemente pueda ser bajo. Asimismo, se sabe que el uso de escalas no validadas es una gran amenaza para la confiabilidad de las conclusiones estadísticas. Además, dada la naturaleza de este estudio (transversal) no se podrá determinar si las mujeres presentan estrés emocional o lograron aumentar su autonomía antes o después de la partida de sus parejas migrantes. Dicho lo anterior, esta investigación no podrá proporcionar afirmaciones causales debido a la limitante de precedencia temporal. Se ha considerado que el sesgo de selección es otro factor de riesgo a considerar. Algunas mujeres pueden ser omitidas en el estudio debido a las siguientes razones: se aplicará un muestreo no probabilístico; solo ciertas mujeres pueden estar dispuestas a participar y el tema del estudio es potencialmente delicado. Por otra parte, se han definido específicamente las variables que se van a medir. Por tanto, es poco probable que se produzca una explicación preoperativa inadecuada de los constructos.

Stakeholders. Como parte de las responsabilidades sociales de la investigación, se integrará un comité asesor, el cual será consultado durante todo el proceso de investigación. Este comité estará conformado por stakeholders, o personas interesadas en este estudio (ej. mujeres que se quedan atrás, funcionarios públicos, líderes en las comunidades, etc.). Se creará un comité integrado por personalidades que cuenten con conocimientos en las áreas de: 1) Enfermería (dos participantes), 2) Salud pública (un participante), Migración (un participante) y 3) Mujeres que se quedan atrás (tres participantes). Para reclutar a los stakeholders, se utilizará un muestreo por conveniencia y una invitación abierta. A los que acepten participar, se les informará su rol dentro del comité y el objetivo principal del mismo. Los objetivos generales del comité asesor son: a) recibir aportaciones sobre la forma de abordar a los posibles participantes, b) facilitar el acceso a los participantes, c) ayudar en el reclutamiento, d) recibir información sobre los hallazgos (¿Por qué vemos patrones como este?, ¿cuál es el contexto?, ¿cómo debemos interpretar las asociaciones que se ven?, ¿cuáles son las posibles consecuencias para la política y la práctica?, y ¿qué estrategias podrían ayudar a resolver los problemas identificados?

Transferencia del conocimiento. Varias estrategias de transferencia de conocimiento (ej. difusión, de divulgación, etc.) serán implementadas. Los hallazgos de este estudio serán presentados en una conferencia internacional de enfermería. También se publicará un artículo con los resultados en la revista *Journal of Transcultural Nursing*, una revista arbitrada por pares cuyo enfoque principal es la enfermería transcultural. Además, se realizarán talleres para las enfermeras que trabajan en los centros de salud de las comunidades participantes de esta investigación. Los talleres tratarán sobre intervenciones de enfermería dirigidas a mujeres que se quedan atrás. Finalmente, se presentarán los resultados al secretario de Salud del estado de Veracruz y al presidente de la Oficina General de Atención al Migrante del mismo estado, con la finalidad de generar cambios en las políticas de salud pública que permitan a las mujeres que se quedan atrás acceder a un sistema de salud integral.

Conclusiones

Los cambios que se presentan en la estructura familiar, en especial cuando se genera un proceso migratorio que culmina en mujeres que se quedan atrás, puede afectar aspectos de salud y psicosociales como el estrés emocional y la autonomía. Considerando como base el factor tiempo, ya que se estima que a mayor tiempo en el que las parejas migrantes permanecen fuera de México, aspectos como estrés emocional disminuya, aumentando la autonomía de las mujeres que se quedan atrás, se estima que al regreso de las parejas se produzca un retroceso en cuanto a sus capacidades de autonomía. Los resultados finales de esta investigación podrían informar las políticas públicas y de salud en términos de migración de retorno en México, con un enfoque familiar, comunitario y de género. Además, podrían dar pauta al desarrollo de intervenciones de salud que favorezcan la reintegración de migrantes retornados con sus parejas, familias y comunidades.

Referencias

- Alcántara, C.; Chen, C.N. & Alegría, M. (2015). Transnational ties and Past-Year Major Depressive Episodes Among Latino Immigrants. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 21(3), 486–495. <<https://doi.org/10.1037/a0037540>>.
- Bojórquez, I.; Salgado de Snyder, N. & Casique, I. (2009). International Migration of Partner, Autonomy and Depressive Symptoms Among Women from a Mexican Ru-



- ral Area. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4) 306–321. <<https://doi.org/10.1177/0020764008095117>>.
- Bryceson, D.F. (2019). Transnational Families Negotiating Migration and Care Life Cycles Across Nation-state Borders. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1-23. <<https://doi.org/10.1080/1369183X.2018.1547017>>.
- Cervera-Flores, M. & Rangel-Flores, J.W. (2015). Distribución de la población por tamaño de localidad y su relación con el medio ambiente. Inegi.
- Cortés, G. (2016). Women and Migrations: Those Who Stay. *EchoGéo* (37). <<https://doi.org/10.4000/echogeo.14892>>.
- Daniel, J. (2011). Choosing the Type of Nonprobability Sampling. In: J. Daniel (ed.), *Sampling Essentials: Practical Guidelines for Making Sampling Choices*. CA: SAGE Publications, Inc., 81–124.
- Daniel, J. (2012). Choosing the Type of Nonprobability Sampling. In: J. Daniel (ed.), *Sampling Essentials: Practical Guidelines for Making Sampling Choices*. CA: SAGE Publications, Inc., 81.
- Dreby, J. (2010). *Divided by Borders*. 1st ed. US: University of California Press.
- Edelblute, H.B.; Clark, S.; Mann, L.; McKenney, K.M.; Bischof, J.J. & Kistler, C. (2014). Promotoras Across the Border: A Pilot Study Addressing Depression in Mexican Women Impacted by Migration. *Journal of Immigrant Minority Health*, 16(3), 492–500. <<https://doi.org/10.1007/s10903-012-9765-5>>.
- Fernández-Sánchez, H. (2020). Transnational Migration and Mexican Women who Remain Behind: An Intersectional Approach. *PLOS ONE* 15(9), e0238525. <[HTTPS://DOI.ORG/10.1371/JOURNAL.PONE.0238525](https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0238525)>.
- Fernández-Sánchez, H., Gómez-Calles, T. & Pérez Pérez, M. (2020). Intersección de pobreza y desigualdad frente al distanciamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36. <[HTTP://WWW.REVENFERMERIA.SLD.CU/INDEX.PHP/ENF/ARTICLE/VIEW/3795](http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3795)>.
- Fernández-Sánchez, H.; Hernández, C.B.E.; Sidani, S.; Osorio, C.H.; Contreras, E.C. & Mendoza, J.S. (2020). Dance Intervention for Mexican Family Caregivers of Children with Developmental Disability: A Pilot Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 38–44. <[HTTPS://DOI.ORG/10.1177/1043659619838027](https://doi.org/10.1177/1043659619838027)>.



- Fernández-Sánchez, H.; Salma, J.; Márquez-Vargas, P.M. & Salami, B. (2020). Left behind Women in the Context of International Migration: A Scoping Review. *Journal of Transcultural Nursing*. Advance online publication. <<https://doi.org/10.1177/1043659620935962>>.
- Frommert, M.; Durrer, R. & Michaud, J. (2012). The Kolmogorov-Smirnov test for the CMB. *Journal of Cosmology and Astroparticle Physics*, (1), 9. <<https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1475-7516/2012/01/009/pdf>>.
- Hamilton, E.R. & Hale, J.M. (2016). Changes in the Transnational Family Structures of Mexican Farm Workers in the Era of Border Militarization. *Demography*, 53(5), 1429–1451. <<https://doi.org/10.1007/s13524-016-0505-7>>.
- Hamilton, E.R. & Savinar, R. (2015). Two Sources of Error in Data on Migration from México to the United States in Mexican Household-Based Surveys. *Demography*, 52(4), 1345–1355. <<https://doi.org/10.1007/s13524-015-0409-y>>.
- Kral, A.H.; Malekinejad, M.; Vaudrey, J.; Martínez, A.N.; Lorvick, J.; McFarland, W. & Raymond, H.F. (2010). Comparing Respondent-Driven Sampling and Targeted Sampling Methods of Recruiting Injection Drug Users in San Francisco. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(5), 839–850. <<https://doi.org/10.1007/s11524-010-9486-9>>.
- López-Castro, G. (2007). Migración, mujeres y salud emocional. Zamora, Michoacán: El Colegio de Michoacán. <https://www.crefal.org/decisio/images/pdf/decisio_18/decisio18_sabers.pdf>.
- Matz, J.A. & Mbaye, L.M. (2017). Migration and the Autonomy of Women left Behind. *WIDER Working Paper*, 64. <<https://ideas.repec.org/p/unu/wpaper/wp-2017-64.html>>.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M.; Im, E.O.; Hilfinger-Messias, D.K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>>.
- Meleis, A.I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis, 361–380.
- Nobles, J., Rubalcava, L. & Teruel, G. (2015). After Spouses Depart: Emotional Wellbeing Among Nonimmigrant Mexican Mothers. *Social Science Medicine*, 132: 236–244. <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.009>>.



- Ordaz, J.L.; Serrano-Herrera, C.; Li Ng, J.J.; Ramírez-García, T. & Carmona, J.M. (2014). *Anuario de migración y remesas México 2014/ Yearbook of Migration and Remittances México 2014*. Fundación BBVA Bancomer, A. C. <<https://doi.org/10.13140/2.1.2714.5288>>.
- Salgado de Snyder, V.N. & Maldonado, M. (1993). Funcionamiento psicosocial en esposas de emigrantes mexicanos a los Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2). <<https://www.redalyc.org/pdf/805/80525203.pdf>>.
- Setia, M.S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-Sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3) 261–264. <<https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>>.
- Shih, K.Y. (2015). Transnational Families. In L. Shehan (ed.). *Encyclopedia of Family Studies*. <[HTTPS://DOI.ORG/10.1002/9781119085621.WBEFS177](https://doi.org/10.1002/9781119085621.WBEFS177)>.
- Ullah, A.A. (2017). Male Migration and 'Left-behind' Women. *Environment and Urbanization Asia*, 8(1), 59–73. <<https://doi.org/10.1177%2F0975425316683862>>.
- Yabiku, S.T.; Agadjanian, V. & Sevoyan, A. (2010). Husbands' Labour Migration and Wives' Autonomy. *Population Studies*, 64(3), 293–306. <<https://doi.org/10.1080/00324728.2010.510200>>.
- Yi, J.; Zhong, B. & Yao, S. (2014). Health-Related Quality of Life and influencing Factors Among Rural Left-Behind Wives in Liuyang, China. *BMC Women's Health*. 14, 67. <<https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-67>>.







CAPÍTULO 3

PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

MATERNAL FEEDING PRACTICES IN CHILDREN 5 TO 11 YEARS OF AGE WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

Diego Rafael Cisneros-Maldonado,¹ Eloísa Marisol García-Lartigue,² Hermelinda Ávila-Alpírez,^{3*} Gustavo Gutiérrez-Sánchez,⁴ Jesus Alejandro Guerra-Ordóñez⁵

1. Licenciado en Enfermería, egresado de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
2. Licenciada en Enfermería, egresada de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Correspondencia:
3. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Con adscripción a la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). Profesora de Tiempo Completo. Coordinadora de Investigación de la UAMM-UAT. Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, Nivel 1.
4. Doctor en Psicología. Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México (UAMM-UAT). Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Candidato del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del CONACYT.
5. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México (UAMM-UAT). Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, Nivel 1.

Dirección Postal: Avenida del Maestro y Marte, SN, Colonia Alianza. C. P. 87410, Heroica Matamoros, Tamaulipas, México.



Resumen

Introducción. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil es un problema mundial y está afectando progresivamente a muchos países; la prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. La OMS menciona que México presenta una de las mayores prevalencias de SP y OB infantil; a nivel mundial, la parentalidad o crianza podría afectar la alimentación y la actividad física de los niños mediante prácticas, estilos y estrategias. Cabe mencionar que los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven, ni los alimentos que consumen, por lo que necesitan atención especial en la lucha contra la epidemia de SP-OB. *Objetivo.* Conocer las Prácticas Maternas de Alimentación de niños de 5 a 11 años con Sobrepeso y Obesidad de la primaria Cuauhtémoc de H. Matamoros, Tamaulipas. *Métodos.* El diseño será descriptivo-transversal, la población de interés estará conformada por diadas madre-hijo en edad escolares de 5 a 11 años, de la primaria Cuauhtémoc, residentes de la ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas, México. El Muestreo será no probabilístico; en la muestra se incluirán las diadas madre-hijo que presenten SP-OB, criterios de elegibilidad serán Niños con Sobrepeso y Obesidad inscritos en el periodo 2021-2022. Se utilizará el instrumento Escala de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad (Parenting Strategies for Eating and Activity Scale (PEAS). Se medirá peso y talla al hijo de acuerdo con la técnica establecida. Esta investigación se apegará a ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Palabras clave: Alimentación, obesidad, sobrepeso, niños.

Abstract

Introduction. According to the World Health Organization (WHO), childhood obesity is a global problem and is progressively affecting many countries, the prevalence has increased at an alarming rate. The WHO mentioned that Mexico has one of the highest prevalence of childhood PS and OB; Worldwide, parenting or upbringing could affect children's nutrition and physical activity through practices, styles and strategies. It is worth mentioning that children and adolescents cannot choose the environment in which they live or the food they eat, so they need special attention in the fight against the SP-OB epidemic. *Objective.* To know the Maternal Feeding Practices of children aged 5 to 11 years with Overweight and Obesity from Cuauhtémoc



Elementary School in H. Matamoros Tamaulipas. *Methods.* The study design will be descriptive, cross-sectional, the population of interest will be made up of mother dyads -children of school age from 5 to 11 years old, from Cuauhtémoc Elementary, residents of the city of H. Matamoros, Tamaulipas Mexico. The sampling will be non-probabilistic, the sample will include mother-child dyads that present SP-OB, eligibility criteria will be. Children with Overweight and Obesity enrolled in the period 2021–2022. The instrument Parenteral Strategies for Eating and Activity Scale (PEAS) will be used. The child's weight and height will be measured according to the established technique. This research will adhere to the general health law in research for health.

Keywords: Feeding, obesity, overweight, children.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil es uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calculaba que para el 2016 más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo mundo tendrían sobrepeso (SP) o serían obesos (OB) (OMS, 2016). Asimismo, la OMS menciona que las tasas mundiales de obesidad de la población infantil y adolescente aumentaron desde menos de un 1% (correspondiente a 5 millones de niñas y 6 millones de niños) en 1975 hasta casi un 6% en las niñas (50 millones) y cerca de un 8% en los niños (74 millones) en 2016. Estas cifras muestran que, conjuntamente, el número de individuos obesos de 5 a 19 años se multiplicó por 10 a nivel mundial, pasando de los 11 millones de 1975 a los 124 millones de 2016 (OMS, 2017).

Aunado a esta situación, en Asia, el aumento de las tasas de obesidad en la población infantil y adolescente de los países de ingresos medianos y bajos se ha acelerado recientemente. En 2016, las tasas de obesidad más elevadas en este grupo poblacional se registraron en la Polinesia y la Micronesia, con un 25.4% en las niñas y adolescentes y un 22.4% en los varones, seguidas por los países anglófonos de ingresos altos (Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y Reino Unido). Sin duda, en los países de altos ingresos es casi el doble que en los países de bajos y medianos ingresos en un porcentaje (11.7 y 6.1%, respectivamente), el 81% de niños afectados



vive en países pertenecientes a este último grupo. Asimismo, el aumento relativo en las últimas dos décadas ha sido mayor en los países de bajos y medianos ingresos (65%), que en los países de altos ingresos (45%).

Algo semejante ocurre en el reporte de la Organización Panamericana de Salud (OPS) con el sobrepeso, que afecta a más de la mitad de la población de todos los países de Latinoamérica y el Caribe, siendo Chile (63%), México (64%) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. La obesidad afecta a 140 millones de personas; el 23% de la población regional y las mayores prevalencias se pueden observar todas en países del Caribe: Bahamas (36.2%) Barbados (31.3%), Trinidad y Tobago (31.1%) y Antigua y Barbuda (30.9%). En las niñas y los niños mexicanos de entre 5 y 11 años de edad la prevalencia es de 33.2%, lo cual se agudiza en la vida adulta, colocándose como el principal factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (OPS, 2017).

De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2020), México es el país de América Latina que tiene la mayor tasa de sobrepeso y obesidad entre su población, lo cual ha desencadenado otros padecimientos, como la hipertensión y la diabetes. Los expertos auguran un incremento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, pues lo que se sube de peso durante el confinamiento se tardará meses en bajarlo. La OCDE estima que para 2030 el 40% de los adultos mexicanos tendrá obesidad. Tal es el caso que el SP y OB en la población infantil son una preocupación de salud pública (OMS 2016; Flores et al., 2017). México presenta una de las mayores prevalencias de SP y OB infantil a nivel mundial; el 34% de los menores de 5 años, así como el 32% de las niñas y 37% de los niños de 5 a 11 años tienen SP-OB (Flores et al., 2014). Reportes indican que en los últimos años ha aumentado 124% la presencia de obesidad en los niños mexicanos (Santos et al., 2017).

La OMS (2013) señala que México presenta una de las mayores prevalencias de SP y OB infantil; a nivel mundial la parentalidad o crianza podría afectar la alimentación y la actividad física de los niños mediante prácticas, estilos y estrategias. Cabe mencionar que los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven, ni los alimentos que consumen por lo que necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de SP-OB.

El aumento del peso corporal se debe a diversos factores como el ingreso económico familiar; es decir, a menor ingreso económico, mayor es la probabilidad de desarrollar obesidad. Asimismo, los hábitos alimentarios y comportamientos sedentarios se adquieren en la infancia, siendo luego muy difíciles de modificar (Santos et al., 2017). Por otra parte, en las grandes ciudades, muchas veces es difícil obtener vegetales y frutas y con variedad, porque las personas no están acostumbradas a consumirlas, generando así un ciclo vicioso (Rezende y Sánchez, 2011).

Además, existen factores que contribuyen a presentar SP-OB, como lo es el contexto familiar, ya que es el lugar donde se desarrollan los hábitos alimentarios, por lo que es importante examinar los factores paternos y su posible relación con la ingesta dietética de los niños, y entre estos destacan los estilos parentales, que son especialmente influyentes en el desarrollo de la obesidad infantil (Montiel y López, 2017). Entre los factores que influyen, son factores hereditarios que no solo se relacionan con los factores genéticos, sino con los hábitos y actitudes familiares, puesto que la calidad de la dieta, las preferencias alimentarias y los patrones alimentarios se gestan al interior de la familia. Los padres y el ambiente familiar influyen en el peso de los niños desde edades tempranas y pueden relacionarse con el exceso de peso o la obesidad durante la adolescencia o la vida adulta (Silva et al., 2013). En consecuencia, durante la etapa infantil los padres son los principales responsables de proveer el cuidado y el ambiente para el desarrollo óptimo del hijo, incluyendo aspectos como hábitos de alimentación, actividad física y peso infantil.

Como consecuencia, si la madre no reconoce cuando su hijo tiene SP-OB, podría incrementar el riesgo para que el hijo presente OB, por lo que las consecuencias que generan a corto y largo plazo, como el incremento del riesgo de padecer enfermedades tales como diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares (Flores et al., 2017).

Las madres desempeñan un papel muy importante en la alimentación del hijo, por lo que identificar y entender las Metas Maternas de Alimentación (MMA) puede ayudar a comprender el aumento de la OB infantil. Las MMA pueden estar orientadas a la salud o centradas en otros factores, tales como rapidez en la preparación de alimentos, si los alimentos son conocidos, si el alimento es saludable o contribuyen a la prevención de enfermedades (Hoffmann et al., 2016).

Las MMA se definen como objetivos, motivaciones, aspiraciones, intenciones y comportamientos maternos relacionados con la alimentación. Por otro lado, las Prácticas Maternas de Alimentación Infantil (PMAI) se han definido como estrategias de comportamiento específicas que las madres emplean para influir en la ingesta de alimentos por parte de su hijo.

En este caso, las prácticas e interacciones vinculadas a la alimentación, así como su promoción y enseñanza, recaen en las madres, abuelas u otros miembros femeninos integrantes de la familia o de empleadas que auxilian para estos casos a las familias. La mujer se constituye en una figura de protección y satisfacción de las necesidades de los menores desde el nacimiento, y además es una fuente de socialización positiva (Alarcón et al., 2018).

Las dos MMA más prominentes son las relacionadas con la salud y practicidad. Si bien estas MMA no son mutuamente excluyentes, a medida que una tiene prioridad sobre

la otra esto podría impactar en las opciones de alimentación de los padres y, por tanto, en la ingesta de alimentos de los hijos. Los padres motivados por la salud tienden a tener disponibles alimentos nutritivos tales como frutas y verdura, mientras que los padres motivados por la conveniencia son más propensos a consumir alimentos tales como pizza, dulces y refrescos (Hoffmann et al., 2016).

De acuerdo con investigaciones anteriores, las metas de alimentación tienen relación con las prácticas de alimentación de los padres y la ingesta de alimentos de los niños, ya que la participación de los padres en estas prácticas de alimentación todavía es claramente importante e influyente durante el periodo de la infancia (Hoffmann et al., 2016).

Lo anterior manifiesta aspectos que son de suma importancia para la profesión de enfermería, ya que se conocerán las metas y prácticas que pueden ser favorables en el comportamiento alimentario del hijo. De acuerdo con lo expuesto, se planteó el siguiente objetivo: conocer las Prácticas Maternas de Alimentación de niños en edades 5 a 11 años con Sobrepeso y Obesidad de la primaria Cuauhtémoc de H. Matamoros, Tamaulipas.

Método

Diseño de estudio. Se realizará un estudio de tipo descriptivo-transversal (Burns y Grove, 2012), ya que se describirán prácticas maternas de alimentación y se realizará la recolección de datos en una sola ocasión en un momento determinado.

Población, muestra y muestreo. La población de estudio se conformará por grupos de diadas, madre-hijo con sobrepeso en edad escolar desde 5 a 11 años, de la primaria Cuauhtémoc, residentes de la ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas, México. El Muestreo será no probabilístico por conveniencia; en la muestra se incluirán a todas las diadas madre-hijo que presenten SP-OB.

Criterios de Inclusión. Madres de Niños, Niños con Sobrepeso y Obesidad, Niños inscritos en el periodo 2020–2021 en la escuela primaria Cuauhtémoc, Niños de edades de entre 5-11 años, Niños de ambos géneros, Grado escolar 1° a 6°.

Instrumento. La Escala de Estrategias Parenterales de Alimentación y Actividad (Parenting Strategies for Eating and Activity Scale (PEAS) modificada por Flores et al. (2015), la cual consta de 29 ítems con formato de respuesta tipo Likert donde 1 indica

que «nunca» se utiliza la estrategia y 5 «muy a menudo»; esta escala evalúa 4 dimensiones de las estrategias alimentarias maternas: monitoreo y límites de alimentación con 11 reactivos (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) su puntuación va de 11 a 45 (mayor puntuación, mayor monitoreo y límites a una alimentación no saludable), monitoreo y límites de actividad física con 6 reactivos (24, 25, 26, 27, 28, 29) su puntuación oscila entre los 6 y 30 (mayor puntuación, mayor monitoreo y límites a actividad sedentaria) disciplina en la alimentación con 8 reactivos (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23) con puntuación entre 8 y 40 (mayor puntuación, mayor disciplina a una alimentación no saludable), control en la alimentación con 4 reactivos (1, 2, 3, 4) puntuación entre 4 y 20 (mayor puntuación, mayor presión para una alimentación no saludable). En un estudio previo la escala obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.87 (Flores et al., 2015).

Procedimiento de recolección de datos. El presente proyecto se sometió ante el Comité de Ética e Investigación de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, UAT; posteriormente, con la aprobación del Comité se acudirá a la institución educativa seleccionada y se establecerá contacto con el director correspondiente a quien se le solicitará autorización de llevar a cabo el proyecto, se pedirá el espacio físico para trabajar, así como listados por grupo de los alumnos inscritos en la institución educativa.

Posterior a la selección a conveniencia, se acordarán los horarios que no afecten la dinámica escolar de los alumnos. Se explicará a los niños que bajo su asentimiento se realizarían las mediciones y en caso de que no deseen participar no provocaría ninguna represalia en su contra, así como los objetivos del proyecto brevemente y de una manera sencilla de entender para los niños, y se les colocará una pulsera como aviso para solicitar autorización de las madres si están de acuerdo en que se les realicen mediciones antropométricas a sus hijos.

Posteriormente, se harán las mediciones antropométricas únicamente a los niños, a quienes hayan llevado la pulsera firmada por la madre dando autorización; este procedimiento se llevará a cabo para identificar a los niños que presenten Sobrepeso y Obesidad y se apegará al horario y área dispuesta por las autoridades del plantel educativo. Identificados los niños con SP y OB, se le enviará a la madre por conducto del hijo un aviso solicitando su asistencia a una reunión informativa, en la cual se explicarán los objetivos del estudio y los procedimientos a realizar, se aclararán dudas y se solicitará su autorización para participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado.

Al término de la reunión informativa se solicitará a las madres que hayan firmado el consentimiento informado, que responda la cédula de datos personales y el cuestionario de Escala de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad (Parenting

Strategies for Eating and Activity Scale). A las madres que no acepten participar en el estudio, se les agradecerá su atención y se les indicará que esto no perjudicaría la situación de su hijo en la institución educativa.

Al finalizar, se proporcionará a los directivos del plantel un reporte general de la categoría de peso de los escolares y se entregará un reporte individual a los padres de familia con la categoría de peso de su hijo, si así lo desean, agradeciendo su participación en la investigación.

Consideraciones éticas. El presente proyecto se apegará en el Reglamento de la *Ley General de Salud* en materia de Investigación para la Salud. Se considera lo establecido en el Título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Con base en lo establecido en el capítulo 1 en el artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. De acuerdo con el artículo 14, la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases y se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; también contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, así como con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

A su vez, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, este trabajo se considera investigación sin riesgo.

Análisis de resultados. Los resultados se capturarán y analizarán de acuerdo con el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 24. Se determinará la confiabilidad del Cuestionario Escala de Estrategias Parenterales de Alimentación y Actividad (Parenting Strategies for Eating and Activity Scale (PEAS) mediante el Alpha de Cronbach. Se obtendrán estadísticas descriptivas y porcentajes para las variables categóricas para conocer las prácticas maternas de alimentación en niños.

Referencias

- Alarcón, M.E.; López, M.R.; Ramón, M.; Alvarado, I. R. y González, M. (2018). Prácticas maternas de alimentación e inclusión social de niños mexicanos con discapacidad. Aproximación con grupos focales. *Rev Peruana Médica Experimental y Salud Pública*, 35(1), 32–8.
- Burns, N. y Grove, S.K. (2012). Diseño de investigación (5ta. ed). *Investigación en Enfermería*: 260–333. Elsevier, España.
- Flores, P.Y.; Acuña, B.A.; Cárdenas, V.V.M.; Amaro, H.M.D.; Pérez, C.M.E. y Elenes, R.J.R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 51–58. Artículos de Investigación/1. Asociación de la Percepción Materna del Peso del Hijo y Estilos Maternos de Alimentación Infantil. PDF.
- Flores, P.Y.; Ortiz, F.R.E. Cárdenas, V.V.M.; Ávila, A.H.; Alba, A.R.C.M. y Hernández, C.G. (2014). Estrategias maternas de alimentación y actividad física y su relación con el estado nutricional de los hijos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(2), 286–92. <www.eerp.usp.br/rlae>.
- Flores, P.Y.; Moral, R.J.; Ortiz, F.R.E.; Cárdenas, V.V.M.; Ávila, A.H. y Ruvalcaba, R.M.D. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad en madres mexicanas. *Psicología y Salud*, 25(1), 43–55.
- Hoffmann, D.A.; Marx, J.M.; Kiefner, B.A. & Musher, E.D.R. (2016). Influence of Maternal Feeding Goals and Practices on Children's Eating Behaviors. *Appetite*, 107, 21–27.
- Montiel, C.M.M. & López, R.L.F. (2017). Estilos parentales de crianza y su relación con la obesidad en niños de 2 a 8 años de edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 11–20. Artículos de investigación/3. Estilos parentales de crianza y su relación con la obesidad de 2 a 8 años. PDF.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>>.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles. <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>>.

Organización Mundial de la Salud (2017). La obesidad entre los niños y adolescentes se ha multiplicado por 10 en los últimos cuatro decenios. <<https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>>.

Organización Panamericana de Salud (2017). Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12911:overweight-affects-half-population-latin-america-caribbean-except-haiti&Itemid=1926&lang=es>.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2020). Sobrepeso y obesidad. <<https://www.oecd.org/health/>>.

Rezende, M.A. y Sánchez, M.S. (2011). Percepciones y prácticas de madres de preescolares brasileños acerca de la alimentación de los hijos. *Enfermería Global*.

Santos, F.J.M.; Guevara, V.M. C.; Vega, G.M.A.; Gutiérrez, V.J.M. y Paz, M.M.A. (2017). Estrategias maternas de alimentación y actividad física para prevenir la diabetes mellitus tipo II en hijos escolares. *Enfermería Global*, 185–196.

Silva, C.; Jiménez, C.B.A. y Hernández, M., A. (2013). Factores relacionados con las prácticas maternas de control alimentario en preescolares. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3).



CAPÍTULO 4

SEXTING, VICTIMIZACIÓN SEXUAL EN LÍNEA, Y RIESGO SEXUAL PARA VIH EN ADOLESCENTES: UN ESTUDIO PILOTO

SEXTING, SEXUAL ONLINE VICTIMIZATION, AND SEXUAL RISK FOR HIV IN ADOLESCENTS: A PILOT STUDY

Diana Moreno-Bernal,¹ Carolina Valdez-Montero,^{2*} Liliana Salcido-Cibrián,³
Mario Enrique Gámez-Medina,⁴ Jesica Guadalupe Ahumada-Cortez⁵

1. Maestra en Ciencias en Enfermería. Miembro de la Asociación de Honores de Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México.
2. Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Miembro de la Asociación de Honores de Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha. Correspondencia: <carolina.valdez@uas.edu.mx>.
3. Doctora en Psicología de la Salud. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México.
4. Doctora en Ciencias en Enfermería, Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa Los Mochis. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato). Miembro de la Asociación de Honores de Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha.
5. Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa Los Mochis. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato). Miembro de la Asociación de Honores de Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha.

Dirección Postal: Fuentes de Poseidón, Sin Nombre, 81210 Los Mochis, Sinaloa.



Resumen

Introducción. Una nueva tendencia que ha surgido entre los adolescentes es el *sexting*. Este se define como el compartir mensajes de texto personales, sexualmente sugerentes, fotografías y videos de desnudos o casi desnudos a través de dispositivos electrónicos. Estos comportamientos pueden verse como comportamientos consensuados como parte de un comportamiento sexual exploratorio normativo, o como no consensual o coaccionado, asociados con consecuencias negativas para la salud mental, en tal caso la victimización sexual en línea. **Objetivo.** Identificar la relación entre *sexting*, victimización sexual en línea y el riesgo sexual para VIH en adolescentes. **Metodología.** El diseño de este estudio es correlacional analítico de corte transversal. En una muestra de 48 adolescentes, seleccionados por conveniencia utilizando la estrategia bola de nieve por medio de las redes sociales. **Resultados.** *Sexting* se relacionó significativamente con la victimización sexual en línea ($r=.46, p<0.01$) y el riesgo sexual ($r=.41, p<0.01$). Asimismo, se encontró una relación significativa entre la victimización sexual en línea y el riesgo sexual ($r=.36, p<0.05$). Las mujeres reciben mayores insistencias para enviar fotos con contenido sexual. En cuanto al *sexting*, no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo. **Conclusiones.** Los resultados contribuyen a una comprensión más profunda de la relación entre los comportamientos de *sexting*, la victimización sexual en línea y el riesgo sexual y pueden ser útiles para diseñar estrategias de prevención e intervenciones para la comunidad educativa.

Palabras clave: Sexting, victimización sexual en línea, riesgo sexual, adolescentes.

Abstract

Introduction. A new trend that has emerged among teens is sexting, defined as sharing personal, sexually suggestive text messages, nude or near-nude photos or videos of nudity through electronic devices. These behaviors can be viewed as consensual behaviors as part of normative exploratory sexual behavior, or as non-consensual or coerced, associated with negative mental health consequences in such a case, on-line sexual victimization. **Objective.** Identify the relationship between sexting, online sexual victimization, and sexual risk for HIV in adolescents. **Methods.** An analytical correlational cross-sectional design was conducted, in a sample of 48 adolescents, selected by convenience using the snowball strategy through social networks. **Results.** Sexting was significantly relation with sexual online victimization ($r = .46, p < 0.01$)

and sexual risk ($r = .41, p < 0.01$). Likewise, a significant relation was found between sexual online victimization and sexual risk ($r = .36, p < 0.05$). Young women received greater insistence to send photos with sexual content than young men. Regarding sexting, no significant differences were found regarding sex. *Conclusions.* The results contribute to a deeper understanding of the relationship between sexting behaviors, sexual online victimization, and sexual risk and may be useful to design prevention strategies and interventions for an educational community.

Keywords: Sexting, sexual online victimization, sexual risk, adolescents.

Introducción

El impacto de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en un problema serio de salud pública en los adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) indica que en el mundo existen más de 5 millones de adolescentes que viven con VIH o sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). En América Latina y el Caribe, en el 2017 se estimó que había 230 mil personas entre 15 y 24 años viviendo con VIH, de los cuales representaron 1/3 de las 115 mil nuevas transmisiones por el VIH (*Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/Sida* [ONUSIDA], 2018). El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2019) indica que, en México, el número de casos nuevos de VIH en jóvenes se ha triplicado en los últimos 8 años; en el 2018 se reportaron 6 mil 274 casos nuevos de VIH en personas de entre 15 y 24 años. Respecto al estado de Sinaloa, se han registrado 3327 casos de VIH en hombres y 720 casos de VIH en mujeres en etapa de la adolescencia.

Durante esta etapa de su vida, los adolescentes se ven sometidos a presiones para realizar conductas sexuales de riesgo, debido a que atraviesan por una serie de cambios biopsicosociales y la experimentación forma parte de su desarrollo (OMS, 2018). Asimismo, el inicio de las relaciones sexuales se presenta en edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS; OMS, 2019) debido a que más de la mitad de los adolescentes tienen sexo sin protección en su primera relación sexual (Secretaría de Salud [SSA], 2018).

En esta población, el riesgo de infección por el VIH está estrechamente relacionado con la edad de inicio de las relaciones sexuales. Algunos estudios han determinado que el inicio sexual coital, vaginal o anal temprano o precoz (aquel que ocurre antes de los 14 o 15 años), ocurre sin haber un previo acuerdo con su pareja e incurren a no usar el

condón (Lara & Abdo, 2016). Estudios indican que las relaciones sexuales a temprana edad, el uso inconsistente del condón y el no uso del condón en las relaciones sexuales son comportamientos asociados con un incremento en los riesgos sexuales (Epstein et al., 2014; Heywood, Patrick, Smith & Pitts, 2015).

Las relaciones sexuales sin condón son un impulsor clave de las ITS o el VIH (Kouyos et al., 2015). Hock-Long et al. (2013) indican que las personas que están en una relación de noviazgo o tienen relaciones cercanas son más probables de tener relaciones sexuales sin condón en comparación con las personas que tienen relaciones sexuales con «parejas casuales». De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2013), se ha demostrado que los condones, si se usan correctamente, son efectivos para prevenir la propagación del VIH, por lo que Fielder, Walsh, Carey y Carey (2014) señalan que las personas que buscan «ligar» o tener relaciones sexuales sin compromiso muestran un mayor riesgo de adquirir una ITS o el VIH.

Por otro lado, el avance de la tecnología móvil ha permitido el acceso a aplicaciones de citas que ofrecen una forma más conveniente y accesible para que las personas se encuentren con potenciales parejas sexuales (Ingram, Macauda, Lauckner & Rubillard, 2018). Asimismo, las aplicaciones de Redes Geosociales (GSN) se han convertido en foros populares para encuentros sexuales (Greenfield, 2002; Holloway, Rice, Winetrobe, Dunlap & Rhoades, 2014). La Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) ha desarrollado nuevas formas de interacción social en el adolescente, donde los teléfonos móviles, las tabletas y computadores tienen acceso a internet en cualquier lugar en todo momento (Eurostat, 2019), proporcionando nuevas oportunidades de establecer y mantener relaciones íntimas, al igual que explorar su sexualidad (Hellevik, 2019).

Una nueva tendencia que ha surgido entre los adolescentes es el *sexting*. Se define como el compartir mensajes de texto personales, sexualmente sugerentes, o fotografías desnudos o casi desnudos, o videos de desnudos a través de dispositivos electrónicos (Mori, Cooke, Temple, Ly, Lu, Anderson, Rash & Madigan, 2020). En 2018, se reveló a partir de un metaanálisis que el *sexting* en jóvenes de entre 12 y 17 años, informó que el 14.8% envía *sexts* (mensajes), mientras que el 27.4% los reciben, y que ello contribuye en el aumento de tasas con la edad (Madigan, Ly, Rash, Van Ouytsel & Temple, 2018). Hudson (2011) evidencia la diferencia entre el sexo; las mujeres tenían más probabilidades de participar en *sexting* activo que los hombres, es decir, el 60.0% de las mujeres informaron haber enviado fotos de ellas mismas desnudas versus el 45.4% de los hombres informó haber enviado fotografías de sí mismos desnudos.

En concordancia con los resultados de Gordon-Messer (2013), donde los hombres tenían más probabilidades de recibir *sexts* (17%) que las mujeres (8.7%). Sin embargo,

al analizar tanto el envío como la recepción de *sexts* no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los comportamientos de *sexting* pueden verse como comportamientos consensuados como parte de un comportamiento sexual exploratorio normativo, o como no consensual o coaccionado, asociados con consecuencias negativas para la salud mental, en tal caso la victimización sexual en línea (Klettke, Hallford, Clancy, Mellor & Toumbourou, 2019).

La victimización sexual en línea se define como el experimentar algún tipo de presión o amenazas a través de internet o teléfonos móviles para obtener la información sexual de la víctima o la difusión por parte del autor del contenido sexual sin el consentimiento de la víctima (Gámez-Guadix, Almendros, Borrajo & Calvete, 2015). En 2015, Englander encontró que las mujeres eran más propensas a reportar ser victimizadas para practicar *sexting* en comparación con los hombres; sin embargo, argumentan que esta diferencia se explica porque las mujeres tienen una tasa de notificación más alta que los hombres y no debido a diferencias reales en actividades de *sexting*. De acuerdo con diversos estudios, se ha demostrado que hay un vínculo entre el *sexting* y la victimización en línea. El *sexting* entre los adolescentes no es necesariamente un comportamiento delictivo, pero podría conducir a la victimización sexual en línea, a partir de la difusión no consensuada de contenido sexual (Brenick, Flannery & Rankin, 2017; Gassó, Klettke, Agustina & Montiel, 2020).

En definitiva, la consolidación de las relaciones interpersonales a través de las redes sociales se presenta cada vez más en los adolescentes; es por ello necesario implementar políticas preventivas en las instituciones educativas. En este sentido, los profesionales de la salud enfrentan importantes desafíos, tales como obtener un conocimiento profundo de los diferentes tipos de victimización como la intimidación y el acoso sexual para construir relaciones cercanas con los adolescentes; identificar estas situaciones y realizar intervenciones efectivas en caso de que ocurran; aumentar la conciencia sobre *sexting*, la victimización sexual en línea y el riesgo sexual en la educación de la comunidad, específicamente dirigido a padres, maestros y personal escolar, para que comprendan la necesidad de reducir los factores de riesgo de este constructo.

En conexión, los profesionales de la salud también pueden participar en la prevención y contribuir a cambiar la cultura escolar, promoviendo un clima escolar bueno y seguro, es decir, propiciando y colaborando en el diseño de políticas y protocolos que puedan ayudar a reducir las tasas de victimización (Oriol, Miranda & Amutio, 2019). Es por ello que el objetivo del presente estudio consiste en identificar la relación entre *sexting*, victimización sexual en línea y el riesgo sexual para VIH en adolescentes.

Método

Participantes. El diseño de este estudio es correlacional analítico de corte transversal. En una muestra de 48 adolescentes, con una *media* de edad de 16.50 ($DE = .96$), de Los Mochis, Sinaloa. Se incluyeron adolescentes de 13 a 19 años escolarizados y se excluyeron a aquellos que se encontraban casados o embarazados. Los instrumentos se aplicaron por medio del *portal surveymonkey*®, donde se les proporcionó un consentimiento informado describiendo el procedimiento de estudio, los riesgos, la confiabilidad y el objetivo de la investigación. Todos los participantes dieron su consentimiento informado.

Instrumentos. Se aplicó una cédula de datos personales en los que incluye edad, sexo, grado de escolaridad, si cuenta o no con teléfono celular y si tiene o no acceso a internet. Para medir *sexting*, se utilizó la escala Sexting Behavior Questionnaire de Dir (2012). El instrumento ha sido aplicado solo en población adolescente estadounidense, por lo que se realizó el *backtranslation* del instrumento, donde se hizo la traducción de este y se envió a expertos en la temática para dar revisión a la traducción. Esta escala mide el envío, recibir y publicar imágenes, fotos o videos con contenido sexual a través de un dispositivo electrónico de algún espacio virtual. El instrumento está compuesto de 11 ítems. Los ítems del 1-9 refieren la frecuencia con que se envían, reciben o publican fotos, mensajes o videos de tipo sexual. La opción de respuesta utilizada es de tipo Likert de 5 puntos: 1) nunca, 2) raramente (pocas veces), 3) ocasionalmente (2/3 al mes), 4) muy seguido (2-3 a la semana) y 5) frecuentemente (diario). Este cuestionario presenta una consistencia interna general de $\alpha = .88$. Un ejemplo de pregunta: ¿Con qué frecuencia has recibido fotos con contenido sexual por medio de mensajes de texto? El ítem número 10 es una pregunta abierta que hace referencia al número de personas con la que practicas *sexting*. Por último, el ítem número 11, con quien intercambias *sexts*. Tiene una opción de respuesta de tipo Likert de 4 puntos: 1) no práctico *sexting*, 2) amigos de conocidos casuales que me atraen, 3) alguien con quien estoy saliendo y 4) alguien con quien estoy comprometido (es decir, novio/novia, compañero).

Para medir la victimización sexual en línea, se utilizó la Escala de Victimización Sexual en Línea de Gámez-Guadix, Almendros, Borrajo y Calvete (2015); mide la frecuencia con la que alguien se ha sentido presionado para obtener cooperación sexual no deseada o la diseminación del contenido sexual de la víctima a través de un dispositivo móvil por medio de algún espacio virtual. Está compuesto de 12 ítems. Los ítems del 1-10 refieren la frecuencia con la que alguien te ha insistido a hacer algo en

contra de tu voluntad. La opción de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos: 1) nunca, 2) una o dos veces, 3) tres o cuatro veces, 4) cinco o seis veces y 5) siete o más veces. Este instrumento presenta una consistencia interna general de $\alpha = .81$. Un ejemplo de pregunta: ¿Alguien te ha insistido en que le reveles información erótica o sexual sobre ti, a pesar de que tú no querías? El ítem 11 hacen referencia a por quienes te has sentido victimizados. Tiene una opción de pregunta de tipo Likert de 5 puntos: 1) alguien que he conocido por internet, 2) mi pareja/expareja, 3) un amigo o conocido, 4) persona que no conozco, y 5) otro. Por último, el ítem 12 hace referencia al medio por el cual has sido victimizado. Presenta una opción de respuesta de tipo Likert de 5 puntos: 1) redes sociales (Facebook, Snapchat, Instagram, Messenger), 2) correos electrónicos, 3) aplicaciones móviles (WhatsApp), 4) chats en internet, y 5) foros.

Para medir el riesgo sexual para VIH/sida se utilizó el instrumento de conducta sexual de riesgo para VIH/sida (Marín, Coyle, Gómez, Carvajal & Kirby, 2001). Este consta de 31 preguntas que evalúan la conducta sexual de riesgo para VIH/sida, como el inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años, sexo sin protección, número de parejas sexuales, tener sexo bajo los efectos del alcohol o drogas y relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Este instrumento en la prueba test-retest ha reportado valores por arriba de .64 (Montañez, 2008) y se ha reportado validez de convergencia con coeficientes aceptables entre .76 y .88 (Valle, 2011). Un ejemplo de pregunta es: ¿Has tenido relaciones sexuales vaginales en los últimos 12 meses? (el pene dentro de la vagina) y las opciones de respuesta son: 0 = nunca he tenido sexo, 1 = no, 2 = sí. Sin embargo, debido a la naturaleza de las preguntas, las opciones de respuesta varían. Las puntuaciones van de 0 a 68 donde un puntaje más alto indica una mayor conducta sexual de riesgo para VIH/sida.

Procedimiento. El presente estudio fue enviado para revisión al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Los instrumentos se aplicaron de forma virtual a través de la plataforma *SURVEYMONKEY*[®]. Los participantes fueron reclutados de primera instancia mediante anuncios realizados a través de mecanismos electrónicos, tales como redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp. Asimismo, la estrategia de bola de nieve se utilizó para el reclutamiento de los participantes donde fueron alentados a compartir el enlace de la encuesta con sus amigos y conocidos. A *LOS* adolescentes interesados en participar en la investigación se les brindó una breve explicación sobre el estudio (objetivo y criterios de inclusión) y se le dirigió al portal *surveymonkey*[®], donde se les proporcionó un consentimiento informado describiendo el procedimiento de estudio, los riesgos, la confiabilidad y detalles de la investigación.

Dentro de la plataforma *surveymonkey*®, aceptado el consentimiento informado, se le pidió al adolescente que respondiera de la manera más honesta posible, enfatizando que sus datos personales no podrán ser identificados y por tanto se mantendría anónima su identidad, por lo que podrá responder libremente. El adolescente comenzó a responder primero la cédula de datos personales, después la escala de conducta de sexting, seguido por la escala de victimización sexual en línea y, por último, la escala de conducta sexual. Cabe señalar que la participación fue individual y que el tiempo dedicado a responder los instrumentos fue de aproximadamente de 10 a 15 minutos. Al final de la encuesta se les agradeció su participación. Asimismo, se proporcionaron líneas telefónicas donde se podrán reportar amenazas, chantajes o cualquier tipo de victimización.

En este estudio se tomaron en consideración algunos aspectos legales del Reglamento de la *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* (Secretaría de Salud [SSA], 1987), como los artículos 13 y 16, en donde toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, es decir, el trato para los adolescentes inmersos en esta investigación será digno y se respetarán los derechos de los adolescentes. De igual manera, proteger la privacidad del adolescente sujeto a la investigación, identificándolo solo cuando los resultados los requieran y este lo autorice.

En materia de investigación, la *Ley General de Salud* considera que para realizar investigaciones en menores de edad en el presente estudio prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13). Asimismo, el estudio contará con el consentimiento informado, elaborado por un profesional de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del adolescente (artículo 14). Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (artículo 20).

El consentimiento informado cumplirá con el artículo 21, fracciones 2, 6, 7, 8, y 9, los cuales hacen mención al contenido del consentimiento informado tales como el objetivo de estudio y la información necesaria para dar a conocer la investigación. Asimismo, refieren la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos. Los adolescentes tendrán la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento. Al igual que su seguridad de que no se le identificará y que mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Análisis de los datos

Se realizó el análisis de los datos por medio del paquete estadístico SPSS versión 24, donde se analizó el coeficiente de Alpha de Cronbach para los instrumentos utilizados. Asimismo, se utilizó el estadístico *U* de Mann Whitney para la comparación entre las variables y el sexo. Por último, debido a los resultados de la prueba de normalidad de los datos, se utilizó el estadístico de correlación de *Spearman* para ver la relación entre las variables.

Resultados

En la tabla 1 se muestran los coeficientes de confiabilidad de Alpha de Cronbach de los instrumentos donde todos mostraron valores de confiabilidad aceptables.

Tabla 1.

Coefficientes de confiabilidad de los instrumentos

Instrumentos	Ítems	Alpha de Cronbach
<i>Sexting</i>	11	.94
Victimización en línea	12	.92
Conducta sexual de riesgo	32	.91

En los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas, referente al *sexting*, se encontró que el 62.5% de los participantes ha recibido algún mensaje de texto con contenido sexual, y el 37.5% nunca ha recibido este tipo de mensajes. El 16.7% ha enviado algún mensaje de texto con contenido sexual. En cuanto al envío de imágenes o videos con contenido sexual, se encontró que el 52.1% ha realizado esta acción, mientras que el 47.9% nunca lo ha hecho. El 41.7% mencionó intercambiar *sexts* solo con una persona, mientras que el 20.9% mencionó hacerlo con más de dos personas. El 27.1% de los que practican *sexting* lo hacen con alguien con quien tienen una relación comprometida.

En relación con la victimización sexual en línea, el 41.7% reportó que alguien les ha insistido para enviar fotos o videos eróticos en contra de su voluntad, mientras que al 33.3% les insistieron llevar a cabo comportamiento sexual que ellos no querían. El 33.4% de los participantes mencionaron que alguien les insistió para revelar información erótica o sexual en contra de su voluntad. En cuanto a mantener relaciones

sexuales fuera de línea, se encontró que el 27.1% se sintió victimizado de esta manera. El 20.8% de los adolescentes mencionó sentirse victimizado por alguien que ha conocido por internet y por su pareja o por una expareja, con un 41.7%, siendo por medio de las redes sociales.

Finalmente, respecto a la conducta sexual de riesgo, se encontró que el 27.1% ha tenido sexo vaginal, mientras que el 6.3% de los adolescentes ha tenido sexo anal y el 14.6% sexo oral. En cuanto al número de personas con las cuales han tenido relaciones sexuales, el 14.6% mencionó que ha tenido sexo solo con una persona, mientras que 10.5% mencionó hacerlo con 2 o más personas. El 20.8% de los participantes mencionó haber decidido que tendría sexo, al menos un día antes de realizarlo, mientras que el 10.4% realmente nunca lo decidió, solo pasó. Asimismo, al hablar sobre sexo, el 18.8% de los participantes reportó haberlo hablado con su pareja un día o más antes de la relación sexual. En cuanto al uso del condón, el 25% mencionó haber utilizado condón durante el sexo vaginal, mientras que el 33.3% no lo utilizó durante el sexo anal y el 27.1% no lo utilizó durante el sexo oral.

A su vez, se encontró que en los últimos 3 meses el 35.4% de los adolescentes mencionó haber estado con alguien con quien se sienten atraídos de 3 a 5 veces, mientras que el 43.8% mencionó haber besado y tocado a alguien con quien se sienten atraídos de 3 a 5 veces. En los últimos 12 meses, el 16.7% mencionó haber tenido sexo vaginal mientras que en el sexo anal solo el 6.3% lo realizó y el sexo oral el 12.5% lo practicó. El 37.5% de los adolescentes mencionó tener relaciones sexuales con mujeres solamente y el 29.2% con hombres.

Se realizó la prueba de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors* (tabla 2) para la distribución de normalidad de los datos, donde no se obtuvo una distribución normal. Se encontró que una *media* de 20.29 ($DE = 8.55$) en relación con la variable de la práctica de sexting en los adolescentes. A su vez, se encontró una *media* de 17.37 ($DE = 7.59$) en la variable de victimización sexual en línea, y respecto a la conducta sexual de riesgo se encontró una *media* 47.10 ($DE = 26.58$).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos y prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors para las variables evaluadas

Variabes	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>p</i>
<i>Sexting</i>	48	20.29	8.55	10.00	44.00	.000
Victimización en línea	48	17.37	7.59	12.00	38.00	.001
Conducta sexual de riesgo	48	47.10	26.58	25.00	111.00	.000

n=participantes, *M*= Media, *DE*= Desviación Estándar, *Min*= Mínima, *Max*= Máxima, *p*<0.01.

En la tabla 3 se muestran los resultados de la comparación por sexo de los adolescentes en las variables de sexting, victimización sexual en línea y conducta sexual de riesgo para VIH y sida. Para ello, se realizó la prueba *U* de Mann-Whitney, donde no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

Tabla 3.

Comparación de sexting, victimización sexual en línea y conducta sexual de riesgo por sexo

Variabes	<i>n</i>	<i>M (DE)</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p</i>
<i>Sexting</i>				
Hombres	17	25.76 (9.81)	242.0	.638
Mujeres	31	23.81 (19.74)		
Victimización sexual en línea				
Hombres	17	21.32(15.05)	209.5	.217
Mujeres	31	26.24 (18.64)		
Conducta sexual de riesgo				
Hombres	17	22.06 (42.88)	222.0	.362
Mujeres	31	25.84 (49.41)		

n=participantes, *M*= Media, *DE*= Desviación Estándar, *p*<0.01.

Asimismo, se realizó la prueba de correlación de *Spearman* (tabla 4), donde se encontró que *sexting* se relaciona significativamente con la victimización sexual en línea y la conducta sexual de riesgo para VIH. A su vez, se encontró una relación significativa entre la victimización sexual en línea y el riesgo sexual. Se infiere que los adolescentes que practican *sexting* tienen mayor probabilidad de ser victimizados sexualmente en línea y a presentar un riesgo sexual para VIH debido a la probabilidad de ejercer conductas sexuales fuera de línea.

Tabla 4.

Correlación de Spearman en las variables evaluadas

Variables	<i>Sexting</i>	Victimización sexual en línea	Conducta sexual de riesgo
<i>Sexting</i>	1		
Victimización sexual en línea	.461**	1	
Conducta sexual de riesgo	.411**	.363**	1

Nota: * $p < .05$. $p < 0.01$.

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre *sexting*, victimización sexual en línea y riesgo sexual para VIH en adolescentes. Los resultados de este estudio evidencian que los adolescentes que practican *sexting* tienen mayor probabilidad de ser victimizados, al igual que presentar riesgo sexual para VIH. En concordancia con la literatura, el *sexting* se asocia a diferentes tipos de victimización y, por tanto, como una conducta de riesgo, puesto que aumenta las posibilidades de ubicarse en sufrir unos de los tipos de victimización, la victimización sexual en línea (Agustina & Gómez-Durán, 2016; Villacampa, 2017).

En cuanto a la comparación por sexo en *sexting*, victimización sexual en línea y el riesgo sexual, no se encontraron diferencias significativas. Similar a lo reportado por Gassó, Mueller-Johnson y Montiel (2020), en relación con las tasas de prevalencia para los participantes masculinos y femeninos, y el comportamiento de *sexting* activo. Sin embargo, respecto a la victimización sexual en línea se muestra que las mujeres sufren mayores experiencias de victimización que los hombres (Festl, Reer, Quandt, 2019).

Estos resultados indican que, aunque tanto hombres como mujeres experimentan victimización sexual en línea, las tasas son más altas para las mujeres (Gámez-Guadix, Straus, Hershberger, 2011).

En relación con el objetivo general, identificar la relación entre el *sexting*, la victimización sexual en línea y el riesgo sexual, se encontró que los adolescentes que practican *sexting* presentan mayor victimización sexual en línea y mayor riesgo sexual. A la luz de los resultados, el adolescente practica *sexting*, ya sea enviando o recibiendo mensajes de contenido sexual, que no identifica con claridad, que ante esa práctica podría ser victimizado, al enviar su propio contenido visual, y en aras de la interacción social podría ser obligado a establecer prácticas en la conducta sexual de riesgo con desconocidos o iguales en contra de su voluntad. Asimismo, Quesada et al. (2018) encontraron que existe una relación entre el *sexting* y la victimización de ciberacoso.

Este resultado tiene implicaciones relevantes, ya que sugiere que el *sexting* puede poner en una situación de mayor vulnerabilidad a los adolescentes, algo que debe ser considerado en el desarrollo de programas educativos. Asimismo, existen algunos estudios que presentan una mayor probabilidad de victimización sexual en línea en adolescentes que realizan conductas de *sexting* y otros estudios apuntan a una posible vulnerabilidad de los adolescentes a la victimización como consecuencia de la conducta de *sexting*. (Reyns et al., 2013; Gámez-Guadix et al., 2017). Kosenko et al. (2017) encontraron una asociación entre *sexting* y tener múltiples parejas sexuales al igual que tener relaciones sexuales sin protección; esto puede deberse a que el *sexting* puede actuar como una puerta de entrada a otra actividad sexual, pero es igualmente probable que el *sexting* sea simplemente parte del repertorio sexual de una persona que ya es sexualmente activa.

El *sexting*, la victimización sexual en línea y el riesgo sexual, son fenómenos que presentan escasa información de su asociación, tanto de manera individual como en su interrelación entre ellas; sin embargo, este estudio permite observar cómo al identificar esta relación podría ser beneficiosa en la incorporación de la educación sexual que se brinda en los adolescentes en aras de prevenir el VIH. Se encontró que, efectivamente, estas tendencias en línea se asocian y pueden llevar a los adolescentes a involucrarse en conductas que pueden comprometer su salud.

Debido a la facilidad y acceso que tienen tanto para el uso de internet y con ello de las redes sociales, los adolescentes podrían estar en riesgo de involucrarse en prácticas como el *sexting*, que podrían afectar a su integridad física y psicológica, siendo victimizados sexualmente en línea. Es importante señalar que, ante la evolución continua del manejo de las TIC, el profesional de enfermería podría sumarse a la capacitación para incidir en la prevención de este tipo de conductas. Finalmente, abordar estas proble-

máticas en el primer nivel de atención con el objeto de prevenir la victimización sexual en línea e informar a los adolescentes acerca de los riesgos que existen al involucrarse en prácticas como el *sexting*.

Referencias

- Agustina, J. & Gómez-Durán, E. (2012). Sexting: Research Criteria of a Globalized Social Phenomenon. *Arch Sex Behav*, 41: 1325-1328. <<https://doi.org/10.1007/s10508-012-0038-0>>.
- Brenick, A.; Flannery, K. & Rankin, E. (2017). Victimization or Entertainment? How Attachment and Rejection Sensitivity Relate to Sexting Experiences, Evaluations, and Victimization. In Identity, Sexuality, and Relationships among Emerging Adults in the Digital Age. *IGI Global*, 203-225.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida, CENSIDA (2015). La epidemia del VIH y el sida en México. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/l_e_v_s.pdf>.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC (2013). Resumen de hoja informativa sobre los condones. <<https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/brief.html>>.
- Englander, E. (2015). Coerced Sexting and Revenge Porn Among Teens. *Bullying Teen Aggression & Social Media*, 1(2), 19-21.
- Eurostat (2019). Digital Economy and Digital Society Statistics at Regional Level.
- Festl, R.; Reer, F. & Guandt, T. (2019). Online Sexual Engagement and Psychosocial Well-being: the Mediating Role of Sexual Victimization Experiences. *Computers In Human Behavior*, 98, 102-110. <<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.04.010>>.
- Fielder, R.; Walsh, J.; Carey, K. & Carey, M. (2014). Sexual Hookups and Adverse Health Outcomes: A Longitudinal Study of First-year College Women. *Journal of sex Research*, 51(2), 131-144. doi:<10.1080/00224499.2013.848255>.
- Gámez-Guadix, M.; Almendros, C.; Borrajo, E. & Calvete, E. (2015). Prevalence and Association of Sexting and Online Sexual Victimization Among Spanish Adults. *Sexuality Research & Social Polic.* 12, 145-154. <[HTTPS://DOI.ORG/10.1007/S13178-015-0186-9](https://doi.org/10.1007/S13178-015-0186-9)>.

- Gassó, A.; Mueller-Johnson, K. & Montiel, I. (2020). Sexting, Online Sexual Victimization, and Psychopathology Correlates by Sex: Depression, Anxiety, and Global Psychopathology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1018. doi: <<https://doi.org/10.3390/ijerph17031018>>.
- Gordon-Messer, D.; Bauermeister, J.A.; Grodzinski, A. & Zimmerman, M. (2013). Sexting Among Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 301–306. doi. <<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.013>>.
- Greenfield, D. & Davis, R. (2002). Lost in Cyberspace: The Web at Work. *CyberPsychology & Behavior*, 5(4), 347–356.
- Hellevik, M. (2019). Teenagers' Personal Accounts of Experiences with Digital Intimate Partner Violence and Abuse. *Computers in Human Behavior*, 92, 178–187. <<https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.11.019>>.
- Heywood, W., Patrick, K., Smith, K. & Pitts, M. (2015). Associations Between Early First Sexual Intercourse and Later Sexual and Reproductive Outcomes: A Systematic Review of Population Based Data. *Arch Sex Behav*, 44, 531–569. <<https://doi.org/10.1007/S10508-014-0374-3>>.
- Hock-Long L.; Henry-Moss D.; Carter M.; Hatfield-Timajchy K.; Erickson, PI.; Cassidy, A. & Chittams, J. (2013). Condom Use with Serious and Casual Heterosexual Partners: Findings from a Community Venue Based Survey of Young Adults. *AIDS and Behavior*. doi. <[201210.1007/s10461-012-0177-2](https://doi.org/10.1007/s10461-012-0177-2)>.
- Hudson, H. & Fetro, J. (2015). Sextual Activity: Predictors of Sexting Behaviors and Intentions to Sext Among Selected Undergraduate Students. *Computers in Human Behavior*, 49, 615–622. doi. <<https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.048>>.
- Ingram, L.; Macaуда, M.; Lauckner, C. & Robillard, A. (2019). Sexual Behaviors, Mobile Technology Use, and Sexting Among College Students in the American South. *American Journal of Health Promotion*, 33(1), 87–96. <<https://doi.org/10.1177/0890117118779008>>.
- Klettke, B.; Hallford, D.; Clancy, E., Mellor, D. & Toumbourou, J. (2019). Sexting and Psychological Distress: The Role of Unwanted and Coerced Sexts. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(4), 237–242. <<https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0291>>.

- Kouyos, R. et al. (2015)., Increases in Condomless Sex in the Swiss HIV Cohort Study. *Open Forum Infectious Diseases*, 2(2). doi. <<https://doi.org/10.1093/ofid/ofv077>>.
- Lara, L. & Abdo, C. (2015). Aspectos da Atividade Sexual Precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 37(5), 199–202.
- Madigan, A.; Rash, C.; Van Ouytsel, J. & Temple, J. (2018). Prevalence of Multiple Forms of sexting Behavior Among Youth: A Systematic Review and Metaanalysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327–335. doi: <10.1001/jamapediatrics.2017.5314>.
- Mori, C.; Cooke, J.; Temple, J.; Ly, A.; Lu, Y.; Anderson, N.; Rash, C. & Madigan, S. (2020). The Prevalence of Sexting Behaviors Among Emerging Adults: A Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 1–17. <<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01656-4>>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Desarrollo de la adolescencia. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud (2019). Enfermería. <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurse>
- Oriol, X.; Miranda, R. & Amutio, A. (2019). Correlates of Bullying Victimization and Sexual Harassment: Implications for Life Satisfaction in Late Adolescents. *Journal of School Nursing*, 1–7. <<https://doi.org/10.1177/1059840519863845>>.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2018). El VIH en adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe. Monitoreo Global del Sida 2018.
- Secretaría de Salud (2018). Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013–2018.



CAPÍTULO 5

ESTUDIO PILOTO: AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

PILOT STUDY: SELF-EFFICACY AND SEXUAL COMMUNICATION IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Tatiane Geralda André,^{1†} Carolina Valdez-Montero,² Lucía Caudillo-Ortega,³ Jesica Guadalupe Ahumada-Cortez⁴



1. Maestra en Ciencias en Enfermería. Profesora del Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo Neves, Brasil. Correspondencia: <tatianegrandre@gmail.com>.
2. Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
3. Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora de Tiempo completo (Departamento de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato. Candidata al Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
4. Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Candidata al Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).

Dirección postal: Av. Dr. José Caetano de Carvalho, 751 - Centro, São João del Rei, Minas Gerais, Brasil.
CEP. 36307-251



Resumen

Introducción. En los últimos años, estudios muestran un incremento en la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Estudios exponen la vulnerabilidad de las personas con TEA en relación con el riesgo de la victimización sexual; además, exponen la dificultad de los padres en hablar de temas sexuales con sus hijos. Es por ello importante trabajar la comunicación sexual junto a la familia. *Objetivo.* El objetivo fue desarrollar un estudio piloto sobre autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con trastorno del espectro autista. *Métodos.* Se trata de un estudio piloto, descriptivo. La población fue de 17 padres que tenían hijos diagnosticados con TEA. El estudio fue virtual por medio de la plataforma surveymonkey. *Resultados.* Se encontró que 85% de los participantes fueron las madres y el 65% estaban casados. Respecto a los hijos, se encontró que el 82% eran del sexo masculino y el 50% presentaron un grado leve de autismo. De acuerdo con la comunicación sexual, se halló que en la mayoría de las veces el 64.5% de los padres utilizó la terminología correcta para los genitales y en cuanto a la autoeficacia para la comunicación sexual se encontró que el 61.5% de los padres se sienten capaces de modelar una imagen corporal positiva. *Conclusiones.* El estudio presentó algunas limitantes, ya que algunos padres no completaron el cuestionario al 100% debido a que su hijo no presentaba lenguaje verbal.

Palabras clave: Autoeficacia, comunicación, sexualidad, autismo.

Abstract

Introduction. In recent years, studies show an increase in the prevalence of Autism Spectrum Disorder (ASD). Studies expose the vulnerability of people with ASD in relation to the risk of sexual victimization, they also expose the difficulty of parents in talking about sexual issues with their children, which is why the importance of working on sexual communication with the family. *Objective.* The objective was to develop a pilot study on self-efficacy and sexual communication in parents of children with autism spectrum disorder. *Methods.* This is a descriptive pilot study; the population was made up of 17 parents who had children diagnosed with ASD. The study was conducted virtually through the surveymonkey platform. *Results.* It was found that 85% of the participants were mothers, 65% were married. Regarding the children, it was found that 82% were male and 50% had a mild degree of autism. According to sexual communication, it was found that in most of the time 64.5% of the parents



used the correct terminology for the genitals and regarding self-efficacy for sexual communication, it was found that 61.5% of the parents did feel capable of modeling a positive body image. *Conclusions.* The study presented some limitations, since some parents did not complete the questionnaire 100% because their child did not present verbal language.

Keywords: Self-efficacy, communication, sexuality, autism.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), más de mil millones de personas –un 15% de la población mundial– presenta algún tipo de discapacidad. El número estimado de niños con discapacidad de entre 0 y 18 años varía entre 93 y 150 millones (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2013), de los cuales al menos 8 millones de niños con discapacidad son menores de 14 años y se encuentran en América Latina y el Caribe (UNICEF, 2019). La OMS (2012) plantea que los niños con discapacidad sufren actos de violencia con una frecuencia casi cuatro veces mayor que los que no tienen discapacidad, y son 2.9 veces más vulnerables a ser víctimas de violencia sexual, comparado con los que no presentan ninguna discapacidad.

Kim (2010) resalta que las personas con discapacidad intelectual tienen mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales y también de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o VIH. Estudios mencionan que son varios los factores que pueden llevar a que una persona sea más vulnerable a los abusos sexuales. Los principales son: tener discapacidad, ser del sexo femenino, ser menor de edad, falta de recursos económicos (nivel socioeconómico bajo), limitaciones cognitivas y de comunicación que compliquen la capacidad para expresar los deseos y necesidades afectivas y sexuales, falta de accesibilidad en el entorno comunitario, falta de intimidad y aislamiento (Bermejo, 1999; Law & Lindsay, 2001; Sobsey, Randall & Parrilla, 1997).

Por otro lado, una larga cadena de barreras y tabúes impide su acceso a servicios de prevención, apoyo y tratamiento, pues la falsa creencia de que las personas con discapacidad no tienen necesidades sexuales y el miedo a que hablar de ello puede animarlos a practicarlo bloquea su educación sexual, impidiéndoles discriminar entre comportamientos adecuados e inadecuados, como el riesgo de contraer ITS y estar expuestas al abuso sexual (Banco Mundial, 2011).

Analizando estos factores, se puede comprender por qué las personas con discapacidad intelectual son especialmente vulnerables al abuso sexual y a infectarse por



alguna ITS. Aún puede ser más evidenciado la vulnerabilidad, cuando si presenta una discapacidad en específico, como es el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA), el cual presenta dificultades o limitaciones cognitivas, limitaciones del lenguaje, comunicación y en las interacciones sociales (Filipe, 2009). Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014), el TEA es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un déficit en la comunicación y la interacción social, presenta patrones de conducta específicos, marcados por actividades repetitivas con inicio precoz en la infancia, siendo estas habilidades extremadamente importantes para el correcto desarrollo sexual (Dewinter, Vermeiren, Vanwesenbeeck, Lobbestael & Van Nieuwenhuizen, 2015).

En los últimos años, estudios muestran un incremento en la prevalencia del TEA; publicaciones mencionan el aumento del indicador de 4-5 personas por cada 10 000 en los años sesenta y hasta 260 personas por cada 10 000 o más en las primeras décadas del siglo XXI (Hill, Zuckerman & Fombonne, 2015). De acuerdo con la OMS (2018), uno de cada 160 niños tiene TEA y, a su vez, se presenta mayormente en los hombres que en las mujeres en una proporción de cuatro a uno (Fombonne, 2005). En un estudio realizado en Estados Unidos se encontró que uno de cada 68 niños fue identificado dentro del trastorno; se señala que cada 17 minutos nace un niño con TEA y se calcula que existen 70 millones de personas con esta condición (Centro de Control de Enfermedades y Prevención [CDC], 2014). En México, los datos oficiales sobre el número de personas que presentan TEA son escasos, lo cual evidencia la falta de información que prevalece en el país. En 2016, se realizó un estudio de prevalencia de TEA en León, Guanajuato, y se encontró que uno de cada 115 niños se encuentra en esta condición (Fombonne et al., 2016).

Algunos estudios exponen la vulnerabilidad de las personas con TEA en relación con el riesgo de la victimización sexual. Mandell, Walrath, Manteuffel, Sgro y Pinto-Martin (2005) encontraron que el 16.6% de los cuidadores informaron que su hijo con TEA había sufrido abuso sexual. De acuerdo con los riesgos sexuales que enfrentan las personas con TEA, es de suma importancia identificar los posibles factores de protección, como es la comunicación sobre temas sexuales en el contexto familiar, especialmente entre padres y madres e hijos. Por otro lado, estudios indican que la autoeficacia para la comunicación sexual tiene un papel fundamental en la comunicación sexual de padres e hijos (Dilorio et al., 2001; Dilorio, McCarty & Denzmore, 2006). Holmes et al. (2019) apuntan que la baja autoeficacia se ha identificado como una barrera para la comunicación sexual de padres en estudios con jóvenes normotípicos.

Sin embargo, aunque se ha encontrado evidencia sobre la comunicación sexual entre padres e hijos como predictor para la prevención del abuso sexual y conductas sexuales de riesgo, hasta donde se indagó hay pocas investigaciones que han explorado



la autoeficacia y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA (Ballan, 2012; Pownall, Jahoda & Hastings, 2012). Debido a la complejidad del estudio, se propone por objetivo desarrollar un estudio piloto sobre autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con trastorno del espectro autista.

Métodos

Diseño del estudio. Se utilizó un diseño de estudio piloto (Grove & Gray, 2019), debido a que se realizó una versión reducida del estudio propuesto y el interés es para mejorar el proceso de muestreo del estudio y las medidas de las variables de autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con TEA.

Población y muestra. La población del estudio se conformó por padres o madres que tenían hijos diagnosticados con TEA con una muestra de 40 padres. Se utilizó el Muestreo Dirigido por Entrevistados (MDE), que es un método de muestreo basado en una red que comienza con una muestra de conveniencia e incentiva a los encuestados no solo a participar en la encuesta, sino también a obtener sus contactos de la población objetivo para participar.

Criterios de inclusión. Padre o madre con hijos diagnosticados con TEA y con edades entre tres a diecisiete años.

Criterio de eliminación. Fueron eliminados los participantes que no contestaran los instrumentos.

Instrumentos de medición. Se utilizó una cédula de datos sociodemográfico para describir las características de los padres y sus hijos. Respecto a la información de los padres, se incluyó edad, sexo, estado civil, nivel educativo y a qué se dedica. Respecto a la información de los hijos, se solicitó edad, sexo, nivel escolar, estado civil, nivel de autismo diagnosticado y con quién vive.

Para medir la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual, se utilizó el cuestionario para padres y sexualidad infantil desarrollado por Morawska et al. (2015); el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se utilizó el procedimiento de *back translation* para traducirlo al español; posteriormente, fue revisado por expertos en el área para asegurar que el contenido y el vocabulario estaban adecuados. La escala mide la frecuencia con que los padres generalmente se comunican



y enseñan a sus hijos sobre temas de sexualidad y qué tan seguros se sienten al hablar sobre la sexualidad. Los padres contestaron 17 reactivos en una escala Likert de cuatro puntos que varía de 0 (nada) a 3 (muchas veces), con un rango de puntaje de 0 a 51, en donde a mayor puntaje indica mayor comunicación sobre temas sexuales. Respecto a la autoeficacia, se evaluó con estos mismos reactivos en una escala de 1 (seguro de que no puedo hacerlo) a 10 (seguro de que puedo hacerlo), con un rango de 1 a 10, en donde a mayor puntaje indica más alta autoeficacia. Los ejemplos de preguntas en esta sección incluyen: se utilizó la terminología correcta para los genitales y se sintió cómodo hablando con su hijo sobre la sexualidad. El instrumento presenta confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .90 para la comunicación sexual y .95 para la autoeficacia sexual (Morawska et al., 2015).

Recolección de datos. Para la realización del presente estudio se solicitó la aprobación de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de Los Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Los instrumentos fueron aplicados en línea. Se seleccionó el portal SurveyMonkey para realizar la aplicación de los instrumentos debido a que los temas de sexualidad son sensibles y este medio hace anónima la participación y pueden responder en el lugar de su preferencia. Este tipo de aplicación de instrumentos ha sido utilizado en estudios similares y han demostrado ser útiles (Holmes et al., 2014).

Para la selección de los participantes se utilizó el MDE, que consiste en una red, donde un informante le da a la investigadora el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente. Los informantes clave o semillas fueron padres que se encontraban en asociaciones de autismo, centros de rehabilitación integral infantil y sitios en línea de la comunidad de autismo y a través de ellos se realizó la colecta con la población objetivo. La investigadora explicó a los informantes clave el objetivo de la investigación y los criterios de inclusión señalando lo siguiente: para participar en este proyecto, debes tener un hijo(a) diagnosticado con TEA con edad de entre los 3 a 17 años. Se les enfatizó en que el estudio era completamente anónimo y que los datos serían utilizados únicamente por la investigadora principal de manera confidencial para fines de investigación.

El informante clave pasó a la investigadora el contacto (correo o teléfono) de alguien con esas características; así, la investigadora entró en contacto con la persona a través de vía telefónica o redes sociales; se le invitó a participar en la investigación, se le explicó la dinámica y el objetivo del estudio y le hizo llegar un link, el cual contenía los instrumentos que se encontrarán en la plataforma SurveyMonkey. En la plataforma, firmaron el consentimiento informado por medio de la lectura del término



y seleccionaron el botón aceptar; después, contestaron la pregunta filtro en relación con el criterio de inclusión: usted tiene un hijo diagnosticado con TEA con edad entre 3 a 17 años; los que teclearan *sí* seguían para contestar las encuestas de autoeficacia para la comunicación sexual y comunicación sexual y para los participantes que seleccionaron *no* finalizaba la encuesta. Al terminar el llenado de los instrumentos, los participantes oprimieron el botón *finalizar* y aparecía una leyenda agradeciendo su participación en el estudio.

Consideraciones éticas. Este estudio se apegó al Reglamento de la *Ley General de Salud* en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética con código CEI-000-40.

Plan de análisis de datos. Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22.0 para Windows. En primer término, se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach; de igual manera, se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Resultados

Descripción de los participantes. La muestra final se integró por 40 padres. Sin embargo, 17 padres contestaron a la totalidad de los instrumentos; los otros contestaron apenas los datos sociodemográficos, que serán descritos en seguida.

Los padres del estudio presentaron una media de edad de 37.5 años ($DE = 10.02$), predominando las mujeres (85%). El 65% eran casados, 10% solteros, 15% en unión libre, 2.5% divorciados y 7.5% separados. De acuerdo con el grado escolar, 65.8% cursaron una licenciatura, 13.2% preparatoria, 10.5% un posgrado, 7.9% una carrera técnica y 2.6% secundaria. Según la ocupación, el 53.1% se dedica al cuidado del hogar y el 46.9% son trabajadores.

De acuerdo con los hijos, se encontró que 82.1% son hombres y el 17.9% mujeres, con una media de edad de 10.13 años ($DE=5.45$). El 35.8% de los hijos tiene una carrera de técnica o secundaria, 25.6% no tiene ningún grado de estudio, 17.9% tiene algún oficio, 10.3% tiene nivel de preparatoria y universidad. El 100% estaban solteros. El 50%



presenta grado leve de autismo, 32% grado moderado y 18% grado severo. Referente a con quién vive, el 81.3% vive con su mamá y su papá y 18.8% vive únicamente con su mamá. De acuerdo a si el hijo se comunica verbalmente, el 50% contestó que sí, 31.6% un poco y 18.4% dijo que su hijo no se comunica verbalmente.

Características psicométricas de los instrumentos. Se evaluó la consistencia interna de los instrumentos para padres, referente a la comunicación sexual y la autoeficacia para la comunicación sexual. En la tabla 1 se muestran los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach para evaluar los dos apartados del instrumento cuestionario para padres, los cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Grove & Gray, 2019).

Tabla 1.

Consistencia interna del Instrumento Cuestionario para padres

Escala	Núm. reactivos	Alpha de Cronbach
Comunicación sexual	17	.94
Autoeficacia para la comunicación sexual	17	.97

Datos descriptivos de las variables de estudio. A continuación, se reporta la descripción del instrumento de comunicación sexual en padres de hijos con TEA (tabla 2). De acuerdo con la comunicación sexual, se encontró que en la mayoría de las veces el 64.5% de los padres utilizó la terminología correcta para los genitales, 58.8% modela una imagen corporal positiva y 52.9% dio folletos u otros materiales a su hijo para ayudarlo ellos a aprender sobre su sexualidad.

Tabla 2.*Datos descriptivos Comunicación sexual*

	No es cierto	Poco cierto	Bastante cierto	Muy cierto
	%	%	%	%
Anima a su hijo a hacer preguntas sobre la sexualidad	29.4	35.3	5.9	29.4
Respondió a una pregunta sobre un tema de sexualidad	41.2	17.6	17.6	23.5
Comenzó una conversación sobre sexualidad con su hijo	35.3	23.5	17.6	23.5
Mantuvo la calma cuando su hijo hizo una pregunta sobre sexualidad	23.5	11.8	17.6	47.1
Discutió la educación sexual para su hijo con su pareja u otro cuidador	35.3	11.8	11.8	41.2
Se utilizó la terminología correcta para los genitales	11.8	5.9	17.6	64.7
Escuchó las opiniones de su hijo sobre la sexualidad	29.4	17.6	11.8	41.2
Se sintió cómodo al hablar con su hijo sobre la sexualidad	11.8	11.8	23.5	52.9
Usó un evento actual o una historia de los medios para iniciar una conversación con tu hijo sobre sexualidad	29.4	17.6	29.4	23.5
Evita molestar a tu hija/o sobre la sexualidad	47.1	23.5	5.9	23.5
Lee libros con tu hija/o sobre sexualidad	47.1	17.6	35.3	0
Anima a su hijo a compartir sus pensamientos y sentimientos sobre sexualidad	23.5	17.6	23.5	35.3
Le dio folletos u otros materiales a su hijo para ayudarlo a aprender sobre su sexualidad	47.1	11.8	17.6	52.9
Expresa comodidad con tu propia sexualidad	11.8	17.6	17.6	52.9
Accedió a recursos de la comunidad para ayudarlo a aprender sobre sexualidad infantil	23.5	23	29.4	23.5
Modela una imagen corporal positiva	5.9	11.8	23.5	58.8
Supervisó el uso de internet y televisión de su hijo	11.8	5.9	29.4	52.9

En la tabla 3 se presentan los datos descriptivos de la autoeficacia para la comunicación sexual de los padres con hijos con TEA. De acuerdo con la autoeficacia para la comunicación sexual, se encontró que el 61.5% de los padres se sienten capaces de modelar una imagen corporal positiva y expresar comodidad con su propia sexualidad, 58.3% de acceder a recursos de la comunidad para ayudarlo a aprender sobre sexualidad infantil, 57.1% de responder una pregunta sobre sexualidad y 53.8% de supervisar el uso de internet y televisión de su hijo.

Tabla 3.

Datos descriptivos autoeficacia para la comunicación sexual

	0 a 10									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Evita molestar a tu hija/o sobre la sexualidad	7.7	0	7.7	.7	.7	0	.7	0	5.4	6.2
Lee libros con tu hija/o sobre sexualidad	7.7	7.7	0	0	.7	.7	0	.7	5.4	6.2
Anima a su hijo a compartir sus pensamientos y sentimientos sobre sexualidad	8.3	0	8.3	0	.3	0	0	6.7	.3	0
Le dio folletos u otros materiales a su hijo para ayudarlo ellos aprenden sobre su sexualidad	8.3	0	0	.3	.3	0	6.7	0	.3	0
Expresa comodidad con tu propia sexualidad	0	0	0	0	0	0	.7	5.4	5.4	1.5
Accedió a recursos de la comunidad para ayudarlo a aprender sobre sexualidad infantil	0	0	0	0	6.7	.3	0	.3	.3	8.3
Modela una imagen corporal positiva	0	0	0	0	0	.7	5.4	0	5.4	1.5
Supervisó el uso de internet y televisión de su hijo	0	0	0	0	.7	0	.7	.7	3.1	3.8

Respecto a los temas platicados entre padres e hijos, puede ser verificado en la tabla 4. Asimismo, se encontró que el tema más platicado entre padres e hijos fue la higiene, con el 100%, y el tema menos platicado fue las ITS, con 5%.

Tabla 4.*Temas sexuales abordados por los padres de hijos con TEA*

Temas sexuales	Porcentaje
Higiene	100
Tipos de contacto físico	45
Pubertad	16
Privacidad y partes privadas	68
Abuso sexual	18
Infección de Transmisión Sexual	5
Embarazo	13

Conclusiones

La comunicación sexualidad entre padres e hijos es importante para la transmisión de información, valores y habilidades de toma de decisiones sexuales para todas las personas, incluidas las personas con TEA. Además, la comunicación sexual entre padres e hijos en etapas tempranas permite ser beneficiosa para evitar riesgos como el abuso sexual, prevención de embarazos, conocimientos sobre su cuerpo y cambios en etapas de transición como la adolescencia y experiencias eróticas (masturbación). Por los datos descriptivos del estudio, se puede señalar que la comunicación sexual aún es un reto para los padres; temas más complejos como el abuso sexual y el embarazo no son abordados. Referente a la autoeficacia para la comunicación sexual, se identificó que los padres tienen confianza para hablar solo de temas poco complejos.

El estudio piloto presentó un tiempo de respuesta máximo de 15 minutos, lo que hace más accesible la respuesta de los padres; esto se consideró para incluirlo en las instrucciones y motivar a la participación de los padres. Sin embargo, el estudio presentó algunas limitantes. Respecto a la respuesta del cuestionario para padres, se obtuvieron 40 respuestas, pero solo 17 respondieron al 100% los instrumentos. Algunos padres tenían dudas respecto a responder el instrumento, debido a que mencionaron que sus hijos no tienen un lenguaje verbal. El formato del cuestionario fue diseñado conforme el instrumento original, pero ese formato complicó la recolección, ya que muchas preguntas quedaron sin respuestas. Cabe mencionar que hasta donde se indagó no se encontraron instrumentos validados en relación con las variables de autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con TEA, por lo cual se utilizó una escala que fue aplicada en niños y adolescentes normotípicos de Australia. Lo anterior denota la necesidad de realizar adaptación de los instrumentos contextualizando a la neurodiversidad y culturalmente adaptados.

Referencias

- Asociación Americana de Psicología (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ballan, M.S. (2012). Parental Perspectives of Communication About Sexuality in Families of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 676–684.
- Banco Mundial (2011). Desarrollo Inclusivo: la experiencia de VIH-sida y discapacidad en Centroamérica. <[HTTP://SITERESOURCES.WORLDBANK.ORG/INTLAC/RESOURCES/257803-1269390034020/ENBREVE_167_WEB.PDF](http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/RESOURCES/257803-1269390034020/ENBREVE_167_WEB.PDF)>.
- Bermejo, L. (1999). El desarrollo de habilidades sociales como forma de prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 30(6), 27–31.
- Centro de Control de Enfermedades y Prevención. (2014). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children aged 8 Years. *Surveillance Summaries*, 63(2), 1–21.
- Dewinter, J.; Vermeiren, R.; Vanwesenbeeck, I.; Lobbestael, J. & Van-ieuwenhuizen, C. (2015). Sexuality in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorder: Self-reported Behaviours and Attitudes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(3), 731–741. doi: <10.1007/s10803-014-2226-3>.
- Dilorio, C.; Dudley, W.N.; Terry, W.D.; Wasserman, J.; Eichler, M.; Belcher, L. & West-Edwards, C. (2001). Measurement of Parenting Self-efficacy and Outcome Expectancy Related To Discussions About Sex. *Journal of Nursing Measurement*, 9(2), 135–149.
- Dilorio, C.; McCarty, F. & Denzmore, P. (2006). An Exploration of Social Cognitive Filipe, C.N. (2009). A sexualidade na Síndrome de Asperger. *Revista Diversidades*, 23(1), 23–26.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiological Studies of Pervasive Developmental Disorders. En F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, y D. Cohen (eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 35–364. New York: Wiley.

- Fombonne, E.; Marcin, C.; Manero, A.C.; Bruno, R.; Díaz, C.; Villalobos, M.; Ramsay, K. & Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *J Autism Dev Disord*, 46, 1669–1685.
- Grove, S.K. & Gray, J.R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona, España: Elsevier.
- Hill, A.; Zuckerman, K. & Fombonne, E. (2015). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. En M. Robinson-Agramonte, *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder*, 12–38.
- Holmes, L.G. & Himle, M.B. (2014). Parent-Child Sexuality Communication and Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2964–2970. <10.1007/s10803-014-2146-2>.
- Holmes, L.G.; Himle, M.B. & Strassberg, D.S. (2019). Family Sexuality Communication for Adolescent Girls on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <10.1007/s10803-019-03904-6>.
- Kim, Y.R. (2010). Personal Safety Programs for Children with Intellectual Disabilities. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45, 312–319.
- Law, J. & Lindsay, W.R. (2001). A Comparison of Physical and Sexual Abuse: Histories of Sexual and no Sexual Offenders with Intellectual Disability. *Abuse and Neglect*, 27, 989–995.
- Mandell, D.S.; Walrath, C.M.; Manteuffel, B.; Sgro, G. & Pinto-Martin, J.A. (2005). The Prevalence and Correlates of Abuse Among Children with Autism Served in Comprehensive Community-based Mental Health Settings. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1359–1372.
- Morawska, A.; Walsh, A.; Grabski, M. & Fletcher, R. (2015). Parental Confidence and Preferences for Communicating with their Child About Sexuality. *Sex Education*, 15(3), 235–248. 10.1080/14681811.2014.996213.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Discapacidad y salud*.

<[HTTPS://WWW.WHO.INT/ES/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/DISABILITY-AND-HEALTH](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health)>.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Los niños con discapacidad son víctimas*

de la violencia con más frecuencia. <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/child_disabilities_violence_20120712/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Trastorno del Espectro Autista*. <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>>.

Pownall, J.D.; Jahoda, A. & Hastings, R.P. (2012). Sexuality and Sex Education of

Adolescents with Intellectual Disability: Mothers' Attitudes, Experiences, and Support Needs. *Intellectual and Developmental disabilities*, 50(2), 140–154.

Secretaría de Salud (1987). *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.

México. <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>>.

Sobsey, D.; Randall, W. & Parrilla, R. (1997). Gender Differences in Abused Children with and Without Disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 21, 707–720.

UNICEF (2019). *Niños y niñas con discapacidad*.

<[HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/LAC/NI%C3%B1OS-Y-NI%C3%B1AS-CON-DISCAPACIDAD](https://www.unicef.org/lac/ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-con-discapacidad)>.

UNICEF (2013). Niños, niñas y jóvenes con discapacidad Hoja informativa.

<[HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/DISABILITIES/FILES/FACTSHEET_A5-O_SPANISH-R4.PDF](https://www.unicef.org/disabilities/files/factsheet_a5-o_spanish-r4.pdf)>.

Theory Meditors of Father-son Communication About Sex. *Journal of Pediatric* with and Without Disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 21, 707–720.

UNICEF (2019). *Niños y niñas con discapacidad*.

<[HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/LAC/NI%C3%B1OS-Y-NI%C3%B1AS-CON-DISCAPACIDAD](https://www.unicef.org/lac/ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-con-discapacidad)>.

UNICEF (2013). Niños, niñas y jóvenes con discapacidad Hoja informativa.

<[HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/DISABILITIES/FILES/FACTSHEET_A5-O_SPANISH-R4.PDF](https://www.unicef.org/disabilities/files/factsheet_a5-o_spanish-r4.pdf)>.



CAPÍTULO 6

APOYO SOCIAL, HABILIDAD DE CUIDADO Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA

SOCIAL SUPPORT, CARE SKILLS AND ATTITUDES TOWARDS CARE IN INFORMAL CAREGIVERS OF AGED WITH DEMENTIA

Emma Yazmín Ojeda-Huitrón,¹ Ana Laura Carrillo-Cervantes,²
Daniel Sifuentes-Leura,³ Luis Carlos Cortez-González⁴



1. Licenciada en Enfermería. Estudiante de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila.
2. Doctora en Ciencias de Enfermería. Catedrático Investigador de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato). Autor de correspondencia: <anacarrillo@uadec.edu.mx>.
3. Doctor en Ciencias de Enfermería. Catedrático Investigador de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato).
4. Doctor en Ciencias de Enfermería. Catedrático Investigador de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato).



Dirección postal: Calzada Fco. I. Madero 1237, Zona Centro, C. P. 25000, Saltillo, Coahuila



Resumen

Introducción. Las personas adultas mayores (PAM) con demencia presentan necesidades de cuidado asumidas por sus familiares, llamados cuidadores informales (CI). Para los CI, el apoyo social es una importante fuente de ayuda y su falta repercute en la habilidad de cuidado, que es el potencial que tienen para cuidar; ya que muchos de los CI no cuentan con las debidas habilidades es posible que las actitudes que tengan hacia el cuidado sean en su mayoría negativas. *Objetivo.* Medir la relación entre la percepción de apoyo social, habilidades y actitudes hacia el cuidado en CI de PAM con demencia. *Métodos.* Diseño descriptivo correlacional, se encuestó 25 CI que asistían a consulta en un hospital de Saltillo, Coahuila. Se aplicaron los instrumentos: Escala de Apoyo Social para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Mexicanos, Inventario de habilidad de cuidado y Escala de Actitud hacia el Cuidado. *Resultados.* Los CI sí perciben apoyo social, cuentan con buena habilidad de cuidado y mostraron una actitud positiva hacia el cuidado. En el análisis correlacional se mostró que los CI que reciben un mayor apoyo emocional tienen mayor nivel de habilidad de cuidado general y de valor; al contar con mayor apoyo práctico, tienen mayor habilidad de valor; a mayor apoyo emocional tienen mejor actitud en sentido provisional y sí cuentan con mayor habilidad de cuidado general y de valor cuentan con mejor actitud de sentido provisional. *Conclusiones.* Existe una relación positiva entre las variables de estudio: apoyo social, habilidad de cuidado y actitudes hacia el cuidado.

Palabras clave: Apoyo social, adulto mayor, cuidadores.

Abstract

Introduction. Aged (PAM) with dementia present care needs assumed by their relatives, called informal caregivers (IC). For ICs, social support is an important source of help and its lack affects the ability to care, which is the potential they have to care; since many of the ICs do not have the appropriate skills, it is possible that their attitudes towards caregiving are mostly negative. *Objective.* To measure the relationship between the perception of social support, skills and attitudes towards care in IC of PAM with dementia. *Methods.* Descriptive correlational design, 25 IC who attended a consultation in a hospital in Saltillo, Coahuila, were surveyed. The instruments were applied: Scale of Social Support for Family Caregivers of Mexican Older Aged, Inventory of Caring Skills and Scale of Attitude towards Caring. *Results.* ICs do perceive social support, have



good caregiving skills and showed a positive attitude towards care. In the correlational analysis, it was shown that ICs who receive greater emotional support have a higher level of general care ability and value; By having more practical support they have a greater value ability, the greater emotional support they have a better attitude in the provisional sense and if they have greater general care and value skills they have a better provisional sense attitude. *Conclusions.* there is a positive relationship between the study variables: social support, care ability and attitudes towards care.

Keywords: Social support, aged, caregivers.

Introducción

El proceso de envejecimiento está acompañado, la mayoría de las veces, de una mayor tendencia a las enfermedades crónicas no transmisibles como lo son las demencias; estas constituyen uno de los factores que más contribuyen a la discapacidad y dependencia en las personas adultas mayores (PAM). Impactando de manera significativa en la vida de las personas que la padecen y su entorno, por lo que ha sido declarada prioridad de salud pública mundial (Mascayano, Tapia y Gajardo, 2015). Las PAM con demencia presentan necesidades de cuidado asumidas mayormente por sus familiares, realizadas principalmente en casa; así es como surge la figura del cuidador, llamado cuidador informal (CI) (Aravena, Spencer, Verdugo, Flores, Gajardo y Albalá, 2016).

Se ha reportado que los CI son en su mayoría mujeres, casadas, amas de casa, hijas o esposas. Tienen una edad promedio de 49 años, cuentan con escasa escolaridad, sus ingresos mensuales suelen ser bajos (Villarreal, Cruz, Vicente y Salazar, 2017). Los CI no disponen de capacitación, no son remunerados por el cuidado y tienen un elevado grado de compromiso hacia esta tarea, caracterizada por la relación afectiva que lo une a la PAM a la que cuida y una atención sin límites de horarios (López, 2016).

Para que los CI puedan enfrentar estas situaciones de cuidado, el apoyo social es una importante fuente de ayuda, ya que favorece a construir una percepción más positiva de su ambiente y además promueve el mejor uso de los recursos personales y sociales del CI (García, Monquián y Rivas, 2016). La percepción de la disponibilidad de apoyo social es fundamental en el rol asumido por los CI (Vega, 2011); sin embargo, la evidencia muestra que la percepción del apoyo social que tienen los CI es inadecuada y se relaciona con la escasez de ayuda recibida (Sánchez y Velásquez, 2017). La falta de apoyo social ante situaciones estresantes repercute en la estabilidad de los CI (Navarro y Carbonell, 2018).



El impacto que tiene en los CI cuidar a las PAM con demencia genera cambios profundos en sus vidas y modifica su habilidad de cuidado; esta es importante, ya que se refiere al potencial que tienen los CI para cuidar; en la mayoría de los casos, los CI no reciben capacitación para la realización de los cuidados (Barrera, Galvis, Moreno, Pinto, Pinzón, Romero y Sánchez, 2006). Es necesario que los CI aprendan a manejar o equilibrar las responsabilidades familiares, personales y de cuidado, integrando las situaciones actuales de la vida y el cuidado, buscar y usar los recursos con los que cuenta, saber lidiar con las diferentes emociones y prepararse para ser flexible y adaptarse a los cambios que se irán generando (Villarreal, Cruz, Vicente y Salazar, 2017).

Ya que muchos de los CI no cuentan con las debidas habilidades de cuidado, es posible que las actitudes que tengan hacia el cuidado de la PAM con demencia sean negativas como disgusto, culpabilidad, susto, enfado, irritabilidad y nerviosismo (Barbero, 2012); esto sucede porque los CI no se encuentran preparados para asumir la responsabilidad que representa este cuidado; sin embargo, también se han reportado actitudes positivas, como el orgullo, satisfacción y cuidado hacia las PAM con demencia (Serrani, 2011). Poco es lo que se conoce sobre la distribución de las actitudes hacia las PAM con demencia. Las actitudes generalmente son automáticas y tienen consecuencias directas sobre las PAM (Serrani, 2011).

La vivencia de una situación de demencia de las PAM genera un gran impacto en la vida de los CI, ya que esta labor no se hace tan visible y tampoco es reconocida socialmente. Es importante comenzar a comprender el rol de los CI para encontrar alternativas de solución a las problemáticas que se presentan al momento de cuidar (Mendoza, 2016). La responsabilidad y las tareas que impone cuidar requiere el reconocimiento necesario para que haya un apoyo en su desarrollo (Eterovic, 2014). Es importante que los profesionales de enfermería hagan investigaciones con la finalidad de tener una comprensión mayor de las necesidades y capacidades de los CI; así, estos últimos podrán tener un mejor seguimiento que les ayude a desarrollar de mejor manera sus habilidades de cuidado, enfocar su actitudes hacia el cuidado e identificar los apoyos sociales con los que cuentan y así mediar los estresores del cuidado y que en conjunto con la habilidad y las actitudes se mejore el impacto que tiene en sus vidas.

Alrededor de varias regiones como en Colombia, México y más específicamente en Coahuila, ya se han investigado estas variables por separado; sin embargo, no se han explorado a fondo, además de que tampoco se ha visto si tienen alguna relación, lo cual es necesario, ya que posteriormente la información que se generará podrá ayudar a mejorar la práctica de enfermería en el ámbito geriátrico, y también es relevante porque favorecerá a la optimización de los cuidados del CI de PAM.



Por lo anterior, se plantearon el objetivo general y los objetivos específicos:

Objetivo general. Medir la relación entre la percepción de apoyo social, habilidades y actitudes hacia el cuidado en cuidadores informales de adultos mayores con demencia.

Objetivos específicos. Identificar las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores informales de adultos mayores con demencia.

Determinar la percepción de apoyo social que tienen los cuidadores informales participantes.

Establecer el nivel de habilidad de cuidado con la que cuentan los cuidadores informales participantes.

Describir las actitudes que los cuidadores informales tienen hacia el cuidado que otorgan.

Métodos

Para la realización de este estudio se propuso un diseño de tipo descriptivo correlacional puesto que el propósito central de este estudio es describir y mostrar las relaciones entre las variables apoyo social, habilidad de cuidado y actitudes hacia el cuidado; no se intentó controlar o manipular variables (Grove, Gray y Burns, 2015).

Población, muestra y muestreo. La población de estudio estuvo integrada por 30 CI de PAM con demencia que asisten a consulta a un hospital de tercer nivel de la ciudad de Saltillo, Coahuila. El muestreo fue tipo censo. Se logró entrevistar 25 CI, por lo que se alcanzó un 83% del total de la población.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación. En este estudio fueron incluidos CI, tanto hombres como mujeres, mayores de edad, que dediquen seis horas diarias o más a cuidar a PAM con demencia en un periodo de un año o más. Fueron excluidas personas que no fueran cuidadores principales de las PAM y que las personas a los que cuidaban cuenten con menos de 60 años.

Mediciones e instrumentos. Con el propósito de describir las características de los participantes, se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y de salud que incluyó edad, en años cumplidos, estado civil, ocupación, número de hijos, educación (años), ingreso mensual familiar, ¿cómo califica su salud? (1 al 10), toma tratamiento



actualmente (sí, no), tipo de tratamiento y si utiliza psicotrópicos, presenta alguna condición de salud. Datos del familiar con demencia: edad, sexo, escolaridad, tipo de demencia y años de diagnóstico.

Para referir datos relacionados con el cuidado que brinda el CI, se empleó una cédula de cuidado que contenía: parentesco con la persona que cuida, tiempo de ser cuidador, número de horas al día que dedica al cuidado de su familiar, actividades que realizaba como cuidador (ABVD, AIVD), número de personas que la apoyaban en el cuidado de su familiar, actividades que realizaba la persona que apoya en el cuidado, percibe apoyo monetario por familiares para llevar a cabo el cuidado.

Escala de apoyo social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos (EAP/CFAM). Esta escala, que mide el apoyo social que los cuidadores mexicanos perciben, fue diseñada y validada por Domínguez-Guedea (2005) y Domínguez-Guedea et al. (2009) en cuidadores familiares de adultos mayores en la ciudad de Brasilia, Brasil. Para su aplicación y validación en el contexto mexicano, se hizo la traducción al portugués y retraducción al español; después fue sometida a un análisis de jueces y pilotaje para constatar la pertinencia teórica del conjunto de ítems, así como la comprensión semántica de la escala en el nuevo contexto cultural, realizándose los ajustes necesarios.

La EAP/CFAM quedó conformada por 23 ítems tipo Likert de cuatro puntos que miden la percepción de apoyo de acuerdo con el parámetro de frecuencia (1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = muchas veces, 4 = siempre). Las áreas de apoyo exploradas son: Apoyo Material, que consta de siete ítems; Apoyo Práctico de 5 ítems, Apoyo Emocional conformado por 6 ítems, y Apoyo de Orientación, de 5 ítems. El instrumento no tiene puntos de corte, la puntuación total de la escala oscila entre 44 y 92; entre más elevada la puntuación, mayor percepción de apoyo social. Cuenta con valor Alfa de Cronbach ≥ 0.85 ; (Domínguez Guedea et al., 2013).

Inventario de habilidad de cuidado (Caring Ability Inventory, CAI). Esta escala es la versión en español que fue hecha a partir de la versión original de Ngozy Nkongho. Está constituida por 37 ítems con respuestas tipo-Likert que van de 1 a 4, donde 1 significa nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces y 4 siempre; los puntajes más altos indican mayor grado de habilidad de cuidado para un ítem positivamente formulado. Los ítems negativos del instrumento, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 25, 28, 29, 32, se manejan teniendo en cuenta la inversión de los datos de la escala Likert, para el análisis, en donde los valores altos se convierten en bajos y los bajos en altos.

Las respuestas a los ítems se suman para cada subescala, dando un puntaje total y otro específico. Las subescalas se clasifican en tres factores asociados con el entendimiento del propio ser y de otros: conocimiento consta de 14 ítems, valor conformado por 13 ítems y paciencia de 10 ítems. Los puntajes se clasifican en los niveles bajo, medio y alto. La escala de medición para la escala de manera global será de: habilidad alta, 112 a 148; habilidad media, 75 a 111, y habilidad baja, 37 a 74, para las dimensiones. La confiabilidad del CAI en inglés reportada por la autora para el instrumento es de 0.84 y la validez, de 0.80. Sus pruebas en español indicaron una consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.74 (Barrera, Sánchez, Mabel, Chaparro y Carreño, 2015).

Escala de Actitud hacia el cuidado (AC). La actitud hacia el cuidado fue medida con la escala Encontrando Significados a Través del Cuidado: Actitudes hacia el Cuidado (AC) (Farran et al., 1999), versión en español (Fernández-Capo, 2005). Fue desarrollada para medir los aspectos positivos y formas en los que los cuidadores encuentran significados a través de la experiencia de cuidar a un familiar con demencia. Este instrumento contiene 43 reactivos; la escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo; el puntaje posible es de 43 a 215 puntos. Esta escala cuenta con tres subescalas: a) pérdida/disminución del poder 19 reactivos, b) significado provisional 19 reactivos, y c) significado último 5 reactivos.

El puntaje total de la escala se obtuvo después de revertir las subescalas significado provisional y último significado y posteriormente sumando las tres subescalas; altos puntajes reflejan una mejor actitud hacia el cuidado. La administración del instrumento tardó de 10 a 15 minutos. Cuanto más elevadas son las puntuaciones, mejores actitudes refieren tener los cuidadores. El Alfa de Cronbach reportado para esta escala es de .88 (Farran et al., 1999). La validación de la versión en español de este instrumento fue realizada con cuidadores familiares de personas con la EA a través de la prueba test retest. Las alfas de Cronbach obtenidas para la escala total fueron de .86; pérdida/disminución del poder .86, significado provisional .87 y significado último .83 (Fernández-Capo, 2005).

Plan de recolección de datos. Previa autorización del Comité de Ética e Investigación del programa de Maestría en Enfermería con acentuación en Adulto Mayor, se inició el proceso de reclutamiento de los CI, el cual se realizó en un entorno. Este fue el Centro Estatal del Adulto Mayor (CEAM) donde fue necesario en primer lugar la autorización del Instituto de Servicios de Salud, Rehabilitación y Educación Especial e Integral del Estado de Coahuila (ISSREEI) para después llevar el permiso al Departamento de Enseñanza del CEAM.

El investigador invitaba a los CI a participar, se les explicó el objetivo del estudio, sus implicaciones, así como las medidas tomadas para asegurar la privacidad de sus datos contenidas en el consentimiento informado solicitando su firma a quien aceptaba. Posterior a la firma del consentimiento informado, se le aplicaba la Cédula de Datos, después se les daba una explicación de cómo estaban constituidos los instrumentos que contestaron en formato de lápiz y papel, si tenían alguna duda durante la aplicación se les orientaba. Si alguno de los participantes presentaba alguna limitante al momento de contestar como analfabetismo, problemas de la vista u oído, eran apoyados por una persona leyendo las preguntas. Para concluir, se les agradecía la atención y el tiempo prestado.

Plan de análisis de datos. Los datos fueron capturados por el investigador principal del presente estudio y registrados en una base de datos. Completa la base de datos, se realizó el análisis de datos con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 23. Para tratar las variables sociodemográficas y de cuidado, se procesaron la estadística descriptiva; para las variables continuas: la media, desviación estándar y valor mínimo y máximo; para las variables categóricas: frecuencias y porcentajes.

Para dar alcance al objetivo general del estudio, primero se realizó una prueba de normalidad con el estadístico Shapiro Wilks y posteriormente se correlacionaron las variables de estudio utilizando estadística no paramétrica con la relación bivariada de Spearman, ya que las variables no presentaron una distribución normal.

Resultados

Para alcanzar el primer objetivo específico, que fue identificar las características sociodemográficas y de salud, se obtuvo que la edad media reportada de los CI fue de 51 años ($=51$; $DE \pm 16$), con una edad máxima de 87 años; en promedio, tienen 2 hijos ($=2$; $DE \pm 2$); también hay participantes que indican tener hasta 11 hijos. La escolaridad media expresada por los CI fue de 12 años ($=12$; $DE \pm 5$), cursando desde 3 años de escuela hasta 12. El ingreso mensual familiar promedio fue de \$14 900.00 ($=14,900$; $DE \pm 14,390$); se muestra una amplia dispersión, ya que algunos CI reportaron un ingreso mínimo de \$3000; en cambio, otros indicaron que tenían un ingreso de hasta \$60 000.

En cuanto a la percepción del estado de salud, los CI otorgaron una calificación promedio de 8 ($=8$; $DE \pm 1$); sin embargo, hubo CI que reportaron un 6 en su percepción de salud. Además, destaca que han cuidado de su familiar pam con demencia 7 años en promedio ($=7$; $DE \pm 3$); no obstante, hay quien ha cuidado hasta 15 años. La media

de horas que dedican al cuidado de su familiar PAM es de 17 horas al día ($=17$; $DE \pm 7$), mientras que el mínimo de horas fue de 6. Fueron 3 las personas que, en promedio, apoyaron al CI en el rol de cuidar ($=3$; $DE \pm 2$).

Los CI, en su mayoría, fueron mujeres ($f=19$; 76%), casadas ($f =19$; 76%), amas de casa ($f = 10$; 40%) e hijas ($f =16$; 64%). El 36% de los CI toman algún tipo de tratamiento ($=9$) en la mayoría para hipertensión ($f= 5$; 20%). Gran parte de los CI realizan las actividades avanzadas en el cuidado de su familiar PAM con demencia ($f =19$; 76%). Es importante mencionar que el CI recibe apoyo de otras personas; estas en mayor medida realizan actividades avanzadas ($f = 18$; 72%). En su totalidad, los CI reportan no recibir ningún tipo de ayuda económica por el cuidado ($f= 25$; 100%).

La edad promedio de las PAM fue de 75 años ($=75$; $DE \pm 9$); en promedio, llevan 5 años con el diagnóstico ($=5$; $DE \pm 3$); destaca que hay quien reportó 10 años con la enfermedad, en su mayoría son mujeres ($f =22$; 88%), con una escolaridad de 6 años ($= 6$; $DE \pm 4$) y los diagnósticos más comunes son el Alzheimer ($f =11$; 44%) y la Demencia ($f =8$; 32%).

Tabla 1.

Estadísticos de fiabilidad de las variables de interés: apoyo social, habilidad de cuidado y actitud hacia el cuidado.

Instrumento	Alfa de Cronbach
Apoyo social	0.861
Dimensiones	
Material	0.807
Práctico	0.834
Emocional	0.812
De orientación	0.772
Instrumento	Alfa de Cronbach
Habilidad de cuidado global	0.804
Dimensiones	
Conocimiento	0.741
Paciencia	0.863
Valor	0.429

Tabla 1. Continuación

Estadísticos de fiabilidad de las variables de interés: apoyo social, habilidad de cuidado y actitud hacia el cuidado.

Actitudes hacia el cuidado	0.913
Dimensiones	
Pérdida/Disminución del poder	0.932
Último significado	0.901
<u>Significado provisional</u>	<u>0.832</u>

Nota: Escala de apoyo social, habilidad de cuidado y actitudes hacia el cuidado n=25.
 En la tabla 2 se presenta la confiabilidad interna de los instrumentos con los que se midió el apoyo social, la habilidad de cuidado y las actitudes hacia el cuidado; esta fue valorada con el coeficiente de Alfa de Cronbach. A nivel global, al igual que en las dimensiones con las que contaba cada instrumento, se obtuvo una confiabilidad aceptable y consistente con las alfas reportadas por los autores de los instrumentos; solo en la dimensión de valor del instrumento de habilidad de cuidado se presentó un Alfa menor.

Tabla 2.

Estadística descriptiva de la variable de interés: apoyo social

Variable	M	DE	V a l o r		LI	LS
			Mínimo	Máximo		
Apoyo social global	74	17	30	100	67	81
Apoyo material	71	25	10	100	60	81
Apoyo práctico	69	30	0	100	56	81
Apoyo emocional	78	23	28	100	69	88
Apoyo de orientación	79	22	33	100	70	88

Nota: Escala de apoyo social n=25.

Para alcanzar el objetivo 2, que es Determinar la percepción de apoyo social que tienen los CI participantes, se muestra en la tabla 3 la prevalencia de nivel de apoyo social. Se puede observar que de manera global y en sus cuatro dimensiones (material, práctico, emocional y de orientación) los CI perciben apoyo social ($X =$ de 69 a 79 y $DE =$ 17 a 30); la dimensión en la que se percibe menor apoyo es la de apoyo práctico.

Tabla 3.

Nivel de habilidad de cuidado

Variable	<i>f</i>	Porcentaje
Habilidad de cuidado		
Media	14	56
Alta	11	44
Conocimiento		
Alta	24	96
Media	1	4
Paciencia		
Media	11	44
Bajo	10	40
Alto	4	16
Valor		
Alto	22	88
Medio	3	12

Nota: Escala de habilidad de cuidado =25.

Para dar alcance al objetivo 3, que es establecer el nivel de habilidad de cuidado con la que cuentan los cuidadores informales participantes, se puede observar en la tabla 5 que los CI cuentan con habilidades para el cuidado de media a alta. Por dimensiones, la de conocimiento y valor hacia el cuidado son las que obtuvieron porcentajes más elevados en alta habilidad, mientras que la de paciencia fue la que obtuvo porcentajes muy similares en las categorías de alto y medio.

Tabla 4.

Estadística descriptiva de la variable de interés: actitudes hacia el cuidado

Variable	M	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	LI	LS
Actitudes hacia el cuidado	78	13	50	100	73	84
Pérdida/disminución del poder	62	26	11	100	51	73
Último significado	93	13	50	100	88	98
Significado provisional	91	9	67	100	87	94

Nota: Actitudes hacia el cuidado n=25.

Para dar alcance al objetivo 4, que fue el de describir las actitudes que los cuidadores informales tienen hacia el cuidado que otorgan, se muestra que de manera global una media de 78 con 13 de DE y considerando el valor mínimo y máximo los CI mostraron una actitud positiva hacia el cuidado de la PAM con demencia; la dimensión de pérdida/disminución del poder fue en la que se mostró un menor puntaje.

Tabla 5.

Prueba de normalidad de las variables Apoyo social, habilidad de cuidado y actitudes hacia el cuidado

Variable	M	Md	DE	MIN	MAX	W	p
Apoyo global	74	76	12	44	92	0.965	0.531
Apoyo material	22	23	5	9	28	0.904	0.023
Apoyo práctico	15	16	5	5	20	0.870	0.004
Apoyo emocional	20	20	4	11	24	0.855	0.002
Apoyo de orientación	17	17	3	10	20	0.846	0.002
Actitud total	78	80	13	50	100	0.959	0.392
Disminución del poder	62	61	26	11	100	0.939	0.137

Tabla 5. Continuación

Último significado	93	100	13	50	100	0.610	0.000
Significado provisional	91	92	9	67	100	0.891	0.012
Habilidad de cuidado	113	109	13	95	139	0.914	0.037
Valor	48	50	6	29	56	0.881	0.007
Paciencia	30	31	10	15	52	0.944	0.187
Conocimiento	34	35	3	23	39	0.832	0.001

Nota: W = prueba de normalidad Shapiro Wilks $n=25$.

En la tabla 7 se muestra la prueba de normalidad de las variables de estudio; se realizó la prueba de Shapiro Wilks; las variables o dimensiones en las que se asume un comportamiento normal son el apoyo social, actitud hacia el cuidado, ambas en su puntaje total; en esta última variable la dimensión de disminución del poder y por último en la variable de habilidad de cuidado en la dimensión de paciencia; el resto de las variables y dimensiones muestran un comportamiento no normal.

El objetivo general de este estudio fue medir la relación entre la percepción de apoyo social, habilidades hacia el cuidado y actitudes hacia el cuidado en CI de adultos mayores con demencia; para dar respuesta a este, se realizó el análisis correlacional con la prueba de Spearman, donde se encontró que sí el CI recibe un mayor apoyo emocional cuentan con un mayor nivel de habilidad de cuidado de forma general y una mayor capacidad para enfrentar lo nuevo en la acción de cuidar (dimensión valor) ($r = .547$; $p = .005$) ($r = .656$; $p = .000$); también los CI que refieren un mayor apoyo práctico que se traduce en personas que le apoyen con labores domésticas y cuidado de la PAM con demencia cuentan con una mayor habilidad de valor ($r = .432$; $p = .031$).

También se destacó que cuando hay un mayor apoyo emocional para el CI le confieren un mayor sentido a su día a día mediante el cuidar de la PAM (sentido provisional) ($r=.558$; $p=.004$). En cuanto a la habilidad de cuidado, se pudo observar que aquellos CI que cuenten con mayor habilidad de cuidado de forma general y mayor habilidad en su dimensión de valor asumen mejor su rol de CI de su familiar PAM (sentido provisional) ($r=.618$; $p=.001$) ($r=.552$; $p=.004$).

Discusión

De acuerdo con el primer objetivo específico, que fue identificar las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores informales, se encontró que la mayoría fueron mujeres, casadas, amas de casa e hijas; la media de edad de los CI fue de 51 años, contaban con una escolaridad media de 12 años y su ingreso mensual familiar promedio fue de \$14 900; estos datos concuerdan con la mayoría de los estudios consultados, entre ellos el de Flores y Seguel (2016), donde los CI corresponden en mayor medida a mujeres (91%), casadas (50.7%), hijas/hijos (49.3%), con una edad promedio de 58.6 años, Sánchez y Prieto (2012) mostró que el 59.3% cuenta con estudios superiores. En contraste, Domínguez, Ocejo y Rivera mencionaron que los CI son en un 76.2% sus cónyuges; en estudios como el de Ramírez (2012), Pabón, Galvis y Cerquera (2014) se mostró un promedio de edad menor al de este estudio, que fue de 34.2 años y 42.3 años, respectivamente. De igual manera, hubo una diferencia significativa en los años de escolaridad (8.1 años) y su ingreso mensual familiar fue menor al promedio, por lo que la mayoría de los CI tienen un estrato socioeconómico bajo. Lo anterior puede deberse al tipo de población que fue encuestada, ya que la mayoría de los CI que acudían con su familiar PAM tenían buena solvencia económica y las edades podrían diferir, ya que se asistió a un centro donde asisten generalmente más adultos mayores y de estos se hacen cargo sus hijos(as) que son adultos maduros.

Los CI de este estudio califican su estado de salud en promedio con un 8; la condición de salud que más presentan son la hipertensión y la diabetes; dedican alrededor de 17 horas al día de cuidar se su familiar PAM con demencia y tienen en promedio 7 años realizando esta labor, y apoyan en el cuidado generalmente 3 personas. Estos resultados son similares a lo que se vio en el estudio de Villarreal (2006), ya que el estado de salud promedio de los participantes fue de 7.4; Ramírez (2012) presentó en sus resultados que el 25% de los CI presentó hipertensión o diabetes y que llevan en promedio 7 años a cargo de su familiar en cuanto a las persona que apoyan en el cuidado, Eterovic, Mendoza y Sáez (2015) también mostraron que de 2 a 3 personas ayudan. En cambio,

Carrillo, Sánchez y Barrera (2014), Mendoza (2016) y Flores y Seguel, indican que dedican las 24 horas del día al cuidado y tienen de 1 a 5 años como CI.

En relación con el segundo objetivo específico, que fue determinar la percepción de apoyo social con la que cuentan los CI, se encontró que de forma global y en sus cuatro dimensiones sí perciben apoyo social; sin embargo, en la dimensión de apoyo práctico se pudo evidenciar que había un mayor porcentaje de CI (en comparación con las otras dimensiones) que no percibía ese apoyo. Es importante enfatizar en que las escalas utilizadas en otros de los estudios relacionados fueron diferentes, a excepción del de Domínguez, Ocejo y Rivera (2013), pero estas tiene dimensiones similares; en la investigación mencionada, como en la de García, Monquián y Rivas (2016) y Pabón, Galvis y Cerquera (2014), que percibían un apoyo adecuado tanto en el apoyo global como en sus dimensiones, del mismo modo en una de estas investigaciones los CI mostraron percibir menor apoyo instrumental que equivaldría al apoyo práctico.

Por el contrario, se vio reflejado en los resultados de la investigación de Flores y Seguel (2016) que una de las dimensiones de apoyo social había resultado baja en un 98.5%. Respecto a la adecuada percepción del apoyo social que se presentó, puede deberse a que los CI tienen de 1 a 2 personas que las apoyan principalmente en lo emocional y material, pero sigue siendo una constante que sientan menor apoyo práctico, que consiste en ayudar en el cuidado del adulto mayor. En relación con que en gran proporción los CI tuvieron una adecuada percepción de apoyo social, puede deberse en parte a que el 100% de las PAM con demencia están acudiendo a terapias y han llegado a recibir en algún momento asesorías sobre el cuidado y la enfermedad; a pesar de que estas no han sido capacitaciones formales han tenido un impacto en los CI, por lo que están recibiendo apoyo social por las instituciones de salud.

Sobre el tercer objetivo específico, que fue establecer el nivel de habilidad de cuidado con que cuentan los CI se vio que cuentan con una habilidad media de forma general y en su dimensión de paciencia y cuentan con una habilidad alta de cuidado en la dimensión de conocimiento y valor; solo en la dimensión de paciencia se presentó un porcentaje de CI que refirieron tener un bajo nivel. Los resultados muestran semejanza con los de Mendoza (2016), Eterovic, Mendoza y Sáez (2015) y Ramírez (2012), en cuanto a la habilidad total que también los CI obtuvieron un nivel alto; Mabel, Sánchez y Barrera (2014) indicaron que respecto a la dimensión de conocimiento y valor tuvieron un nivel alto, lo que concordó con este estudio. En cambio, los encuestados de la investigación de Montalvo et al. (2010) tuvieron un nivel de cuidado medio y un nivel de valor medio y de paciencia alto; en el estudio de Gálvez, Arías y Cárdenas (2014) tuvieron una habilidad de cuidado bajo al igual que en sus dimensiones de conocimiento y paciencia. En esta investigación, los principales hallazgos en esta variable indican que las

principales debilidades en la habilidad de cuidado son en la dimensión de paciencia, lo que se asocia a la falta de tolerancia en situaciones de desorganización y problemas, lo que puede llegar a limitar en algún momento el crecimiento del mismo en su rol como CI o de forma personal. En contraparte, el nivel alto en la dimensión de valor y conocimiento indica que en esta muestra de CI no experimentan tanto apego a la PAM con demencia que cuidan y se enfrentan a lo desconocido en el hecho de cuidar con mayor determinación y temple; aunado a esto, tienen la capacidad de entender, conocer y comprender a la PAM con demencia.

Acerca del objetivo específico 4, que fue describir las actitudes hacia el cuidado que tienen los CI, se obtuvo que tienden a tener actitudes positivas en la actitud hacia el cuidado total y en sus tres dimensiones, pero tienen una menor actitud de pérdida que se relaciona con la falta de control ante la situación del cuidado, coincidiendo con Revuelta (2016), Fernández y Gual (2010) y Sánchez y Prieto (2012), con actitud hacia el cuidado total, pérdida y sentido último positivos, difiriendo en el sentido provisional, que mostró tener actitudes en su mayoría negativas, que se refiere a no encontrar sentido a su día a día mediante el cuidado. Esto refleja que los aspectos positivos y negativos cohabitan en los CI; el proceso que tienen de aprendizaje seguirá presente para encontrar o seguir viendo el beneficio personal por la labor que realizan.

El objetivo general de este estudio fue medir la relación entre la percepción de apoyo social, habilidad de cuidado y actitudes hacia el cuidado; la percepción de apoyo social se relaciona con la habilidad de cuidado, se vio que los CI que reciben mayor apoyo emocional cuentan con mayor habilidad de cuidado. Eterovic, Mendoza y Sáez (2015) informaron en su estudio que el apoyo emocional se relacionaba significativamente con la habilidad de cuidado; en contraste, también en este estudio se mencionó que entre el apoyo global y las demás dimensiones también se relacionaban con la habilidad de cuidado general. Esto puede deberse a que los CI platican sobre sus sentimientos a sus familiares o amistades, lo que ha ayudado al CI a mantener su salud mental, promueve mejores conductas adaptativas y en conjunto hace que progrese su destreza de cuidar. También se puede deducir que se ha dado de esta manera porque el cuidador, al contar con alguien con quien compartir, desahogarse y recibir compañía, pueden asumir las experiencias previas con el cuidado y que se encuentren preparados para tomar nuevos retos.

Respecto a la relación entre el apoyo social y las actitudes, se destacó que al tener un mayor apoyo emocional para el CI existe un mayor sentido provisional. Finalmente, se presentó que la habilidad de cuidado se relaciona con la actitud hacia el cuidado; hubo una relación entre la habilidad de cuidado general y en su dimensión de valor con el sentido provisional. No se encontraron estudios donde se relacionaran estas variables.



Conclusiones

Se observó en cuanto al apoyo social y sus cuatro dimensiones que la mayoría de los cuidadores informales sí perciben apoyo. En cuanto a la habilidad de cuidado, tuvieron un nivel medio de habilidad de forma general y en la dimensión de paciencia, en la dimensión de conocimiento y valor los CI cuentan con un nivel alto de habilidad. Las actitudes hacia el cuidado fueron en mayor medida positivas.

Se observó que hay una correlación negativa entre el apoyo material y la escolaridad; la habilidad de cuidado general y en su dimensión de valor presenta una correlación positiva con la edad; en cuanto a las actitudes hacia el cuidado en su dimensión de último significado tienen una correlación con el estado de salud, y la dimensión de disminución de poder se correlaciona con la educación.

Hay también una correlación positiva entre apoyo emocional y el nivel de habilidad de cuidado de forma general y en su dimensión de valor y entre el apoyo práctico y la habilidad de valor. El apoyo emocional, la habilidad de cuidado general y en su dimensión de valor se correlaciona positivamente con la actitud hacia el cuidado en su dimensión de sentido provisional.

Referencias

- Aravena, C.; Spencer, S.; Verdugo, H.; Flores, C.; Gajardo, J. & Albala, B. (2016). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat*, 54(4), 328–341. <HTT-TPS://SCIELO.CONICYT.CL/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PI-D=S0717-92272016000400008>.
- Barbero, E. (2012). Aspectos positivos relacionados con el cuidado de personas mayores con Alzheimer. (Tesis de maestría). <HTTPS://CORE.AC.UK/DOWNLOAD/PDF/10851035.PDF>.
- Barrera, L.; Galvis, C.; Moreno, M.; Pinto, N.; Pinzón, M.; Romero, E. & Sánchez, B. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(1), 36–46. <HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/PDF/IEE/V24N1/V24N1A04.PDF>.
- Barrera Ortiz, L.; Sánchez Herrera, B.; Carrillo González, M.; Chaparro Díaz, L. & Carreño, S. (2015). Validación semántica y prueba de estabilidad del «Inventario de habilidad de cuidado». *Actualización Enfermería*, 18(1), 8–11. <HTTP://REPOSITORIO.



UDEC.CL/BITSTREAM/HANDLE/11594/1692/TESIS_HABILIDAD_DE_CUIDADO_EN_CUIDADORAS.IMAGE.MARKED.PDF?SEQUENCE=1&ISALLOWED=Y>.

Carrillo González, M.; Sánchez Herrera, B. y Barrera Ortiz, L. (2014). Habilidad y cuidado de cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedad crónica. *Index Enferm (Gran)*, 23(3), 129–133. <HTTP://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=358933343009>.

Domínguez, M. (2005). Modelo de estrés y bienestar subjetivo en cuidadores de familiares de adultos mayores dependientes funcionales. (Disertación de doctorado). Universidad de Brasilia, Brasil.

Domínguez, M.; Tróccoli, B.; Karino, C.; Ciancio, J.C.; Hernández, D. & Pantoja, C. (2009). *Apoyo social en cuidadores de familiares de personas adultas mayores con problemas de salud. Psicología comunitaria: trabajando con comunidades en las Américas*. Hatorey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas, 191–209.

Domínguez, M.T.; Ocejo, A. & Rivera, M.A. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 3(1), 1018–1030. <HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S2007-48322013000100009>.

Eterovic, C. (2014). Habilidad de cuidado en cuidadoras/es informales, región de Magallanes, Chile. (Disertación doctoral). Bibliotecas UdeC. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/1692>.

Eterovic Díaz, C.; Mendoza Parra, S. & Sáez Carrillo, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(38), 235–248. <HTTP://SCIELO.ISCH.ES/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1695-61412015000200013&LNG=ES&TLNG=ES>.

Farran, C.; Miller, B.; Kaufman, J.; Donner, E. & Fogg, L. Finding meaning Through Caregiving: Development of an Instrument for Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease. *J Clin Psychol*, 55(9), 1107–25.

Fernández, M. & Gual, P. (2005). Validación de la versión castellana de la Finding, Meaning, Through Caregiving Scale. *Informaciones psiquiátricas*. <HTTP://WWW.INFORMACIONESPSIQUIATRICAS.COM/ANTERIORES/INFO_2006/02_184_09.HTM>.



- Fernández, M. & Gual, P. (2010). Relación entre el sentido y la satisfacción en el cuidado de un enfermo de Alzheimer. *Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 14, 21–31. <[HTTP://WWW.PSICOPSI.COM/RELACION-SENTIDO-SATISFACCION-CUIDADO-ENFERMO-ALZHEIMER/](http://WWW.PSICOPSI.COM/RELACION-SENTIDO-SATISFACCION-CUIDADO-ENFERMO-ALZHEIMER/)>.
- Flores González, E. y Seguel Palma F. (2016). Functional Social Support in Family Caregivers of Elderly Adults with Severe Dependence. *Invest Educ Enferm*, 34(1), 67–73. <[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0120-53072016000100008&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN](http://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0120-53072016000100008&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN)>.
- García, F.E.; Monquián, E. & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101–111. <[HTTP://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=171048523010](http://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=171048523010)>.
- Grove, S., Gray, J. & Burns, N. (2015). *Investigación en enfermería*. (6ª. ed.) Madrid, España: Elsevier.
- López, E.P. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Rev. Enferm. CyL*, 8(1), 71–77. <[HTTP://WWW.REVISTAENFERMERIACYL.COM/INDEX.PHP/REVISTAENFERMERIACYL/ARTICLE/VIEWFILE/164/144](http://WWW.REVISTAENFERMERIACYL.COM/INDEX.PHP/REVISTAENFERMERIACYL/ARTICLE/VIEWFILE/164/144)>.
- Mascayano, F., Tapia, T. & Gajardo, J. (2015). Estigma hacia la demencia: una revisión. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat*, 53(3). <[HTTPS://SCIELO.CONICYT.CL/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0717-92272015000300006](https://SCIELO.CONICYT.CL/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0717-92272015000300006)>.
- Maluche-Sánchez, A. y Velásquez-G, V.F. (2017). Efecto programa de apoyo social: percepción de cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas en Guapi, Cauca. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 22(2), 99–110. ISSN: 0121-7577. <[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=309154932008](https://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=309154932008)>.
- Mendoza, J.D. (2016). Habilidad de cuidado y carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. (Tesis de Maestría). <[HTTP://BDIGITAL.UNAL.EDU.CO/55798/1/1098633754.2016.PDF](http://BDIGITAL.UNAL.EDU.CO/55798/1/1098633754.2016.PDF)>.
- Montalvo Prieto, A.; Badrán Navarro, Y.; Cavadías Puello, C.; Medina Ripoll, E.; Méndez Soraca, K.; Padilla Lobo, C. y Ruidiaz Gómez, K. (2010). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. *Salud Uninorte*, 26(2), 212–222. <[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=81719006004](https://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=81719006004)>.



- Navarro, J.J. & Carbonell, A. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Rev. Esc Enferm*, 52. <[HTTPS://WWW.SCIELO.BR/PDF/REEUSP/V52/1980-220X-REEUSP-52-E03351.PDF](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-E03351.pdf)>.
- Pabón, D.K.; Galvis, M.J. & Cerquera, A.M. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 59–77. <[HTTP://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=21330429004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21330429004)>.
- Revuelta, M. (2016). Cuidado formal e informal de persona mayores dependientes. (Tesis Maestría). <[HTTPS://REPOSITORIO.COMILLAS.EDU/XMLUI/BITSTREAM/HANDLE/11531/13437/TFM000507.PDF?SEQUENCE=1](https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1)>.
- Sánchez, M. & Prieto, M. (2013). El sentido del cuidado y las estrategias de afrontamiento en cuidadores de mayores con demencia. (Tesis de maestría). <[HTTPS://WWW.EDUCACION.GOB.ES/TESEO/IMPRIMIFICHEROTESIS.DO?IDFICHERO=A7VYKSHU31Y%3D](https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimifichero/tesis.do?idfichero=A7VYKSHU31Y%3D)>.
- Serrani, D. (2011). Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer trastornos relacionados. *Rev. Esp Geriatr Gerontol*, 47(1), 5–14. <[HTTPS://WWW.RESEARCHGATE.NET/PUBLICATION/235766684_SERRANI_D_CONSTRUCCION_Y_VALIDACION_DE_ESCALA_PARA_EVALUAR_LAS_ACTITUDES_HACIA_LOS_PACIENTES_CON_ENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER_Y_TRASTORNOS_RELACIONADOS_REVISTA_ESPANOLA_DE_GERIATRIA_Y_GERONTOLOGIA_2012_47_](https://www.researchgate.net/publication/235766684_SERRANI_D_CONSTRUCCION_Y_VALIDACION_DE_ESCALA_PARA_EVALUAR_LAS_ACTITUDES_HACIA_LOS_PACIENTES_CON_ENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER_Y_TRASTORNOS_RELACIONADOS_REVISTA_ESPANOLA_DE_GERIATRIA_Y_GERONTOLOGIA_2012_47_)>.
- Vega, O.M. (2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *AQUICHAN*, 11(3), 274–286. <[HTTP://WWW.REDALYC.ORG/HTML/741/74121424004/](http://www.redalyc.org/html/741/74121424004/)>.
- Villarreal Reyna, M.A. (2006). Programa psicoeducativo en familiares cuidadores de personas con la enfermedad de alzheimer (Tesis Doctoral). <[EPRINTS.UAANL.MC/1760/1020154555.PDF](https://eprints.uaanl.mx/1760/1020154555.pdf)>.
- Villarreal, M.A.; Cruz, J.E.; Vicente, M.A. & Salazar, B.C. (2017). *Intervenciones de enfermería de apoyo a cuidadores informales: investigación práctica y política social y legislación*. México: Laurel.



CAPÍTULO 7

FAMILIA, IDEACIÓN SUICIDA Y AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

FAMILY, SELF-ESTEEM AND SUICIDAL IDEATION IN UNIVERSITY STUDENTS

Lucía Ruiz-Ramos,¹ Yolanda Velázquez-Narváez,² Óscar Monreal-Aranda,³ * Gloria Imelda Hernández-Rodríguez⁴, Fabiola Peña-Cárdenas,⁵ Benito Zamorano-González⁶

1. Doctora en Aprendizaje y Cognición. Profesora de Tiempo Completo y coordinadora de la carrera de Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidata).
2. Doctora en Educación. Profesora de Tiempo Completo. Coordinadora del SGC Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Perfil Deseado PROMEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
3. Doctor en Psicología. Profesor de Tiempo Completo y coordinador del programa UAT-PERAJ de la Unidad Académica Multidisciplinaria, Matamoros de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseado PRODEP. Correspondencia: <omonreal@docentes.uat.edu.mx>.
4. Doctora en Metodología de la Enseñanza. Profesora de Medio Tiempo. Coordinadora del Laboratorio CAPS y prácticas preprofesionales de Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
5. Doctora en Aprendizaje y Cognición. Profesora de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseado PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidata).
6. Doctor en Educación. Profesor de Tiempo Completo y coordinador de Seguimiento de Egresados y Empleadores de la Licenciatura en Seguridad, Salud y Medio Ambiente, de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseado PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato).

Dirección postal: Avenida del Maestro y Marte, SN, Colonia Alianza. C. P. 87410, Heroica Matamoros, Tamaulipas, México.



Resumen

Introducción. El suicidio es un fenómeno mundial que afecta todos los estratos sociales. Es considerado un problema de salud pública, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años. Los jóvenes son cada vez más vulnerables a los comportamientos suicidas. *Objetivo.* Analizar la relación entre la familia, ideación suicida y autoestima en estudiantes universitarios. *Métodos.* 751 estudiantes (395 mujeres y 356 hombres) de instituciones públicas. El instrumento está compuesto por tres cuestionarios; el primero está dirigido a obtener información sobre datos demográficos y su relación con los miembros de su familia; el segundo, la Escala de Ideación Suicida de Beck y, tercero, la escala de Autoestima de Rosenberg. *Resultados.* El 30.6% de los estudiantes presentó ideación suicida (13.71% mujeres y 16.91% hombres); respecto al análisis entre la relación familiar (madre, padre y hermanos/hermanas) e ideación suicida se identificó que en dos casos la correlación que se presenta es significativa negativa (madre y hermanos), es decir, que a mejor relación con la familia (madre y hermanos), disminuye la presencia de ideación suicida. Respecto a la ideación suicida y la autoestima, se presenta una correlación significativa negativa, indicando que, a mayor autoestima, menor presencia de ideación suicida. *Conclusiones.* La importancia de las relaciones familiares sanas se relaciona con una elevada autoestima y disminución de ideación en los universitarios, así como el generar estrategias, programas de intervención adecuados para su prevención y mejorar la calidad de salud mental en la población universitaria.

Palabras clave: Familia, autoestima, ideación suicida.

Abstract

Introduction. The suicide is a worldwide phenomenon, affecting all social strata, it is considered a public health problem, being the second cause of death in people from 15 to 29 years. Young people are increasingly vulnerable to suicidal behaviour). *Objective.* Analyzes the relationship between family, self-esteem and suicidal ideation in university students. *Methods.* With a total of 751 students (395 women and 356 men) from public institutions. *Results.* 30.6% of students have suicidal ideation (13.71% women and 16.91% men); with regard to the analysis between the family relationship (mother, father and brothers/sisters), and suicidal ideation it was identified that in two cases the correlation presented is significant negative (mother and siblings), that



is, the better relationship with the family (mother and siblings), decreases that of suicidal idea. With regard to suicidal ideation and self-esteem, there is a significant negative correlation, indicating that the greater self-esteem lower the presence of suicidal ideation. *Conclusions.* The importance of healthy family relationships is related to high self-esteem and decreased ideation in college students. As well as generating strategies, intervention programs suitable for prevention, and improving the quality of mental health in the university population

Keywords: Family, self-esteem, suicidal ideation.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) enfatiza que se produce una muerte por suicidio cada 40 segundos; al año, aproximadamente 800 000 personas mueren por esta causa; es considerado un fenómeno global, afectando todas las regiones del mundo, aunque estos se producen más en países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es considerado como un problema grave de salud pública, es la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2019), en su último informe, indicó que en el 2017 se registraron en México 6494 suicidios; la población comprendida entre los 20 a 24 años ocupa la tasa más alta de suicidio; el grupo de riesgo a destacar son los hombres: 8.7 por cada 100 mil hombres, en comparación con el 1.9 por cada 100 mil mujeres, por lo que el INEGI destaca que los jóvenes son los más vulnerables a presentar conductas suicidas.

Se ha interpretado el suicidio como el proceso final que inicia con los pensamientos suicidas (Denis-Rodríguez, Barradas, Delgadillo-Castillo, Denis-Rodríguez y Melo-Santiesteban, 2017), por lo que se destaca que las conductas suicidas no solo involucran el suicidio consumado (Palomo, Zamora, Denis, P., Denis E, Melo, 2020), sino que hay una estrecha relación entre la ideación y el acto suicida (Palomo, Zamora, P. Denis, E. Denis, Melo, 2020). Es por ello que la investigación del comportamiento suicida debe incluir el estudio del componente cognitivo (ideación o pensamiento suicida), el componente conductual (intentos suicidas) y el suicidio consumado (Palomo, Zamora, P. Denis, E. Denis, Melo, 2020).

Muchas son las causas que pueden provocar un suicidio, por lo que no hay una explicación única para dicho fenómeno. Muchos actos se cometen impulsivamente en momentos de crisis, cuando la persona siente que no es capaz de enfrentar las tensiones



de la vida, como son los problemas económicos, rupturas de relaciones o enfermedades, entre otras (OMS, 2019).

Las investigaciones han concluido que la población más vulnerable son los adolescentes. La edad puede resultar un factor de riesgo para la presencia de ideación suicida en jóvenes (Palomo, Zamora, P. Denis, E. Denis, Melo, 2020); el riesgo va disminuyendo conforme se avanza en la edad, aunque esto último se observa claramente en las mujeres, pero no sucede así en el caso de los hombres (Solís, Meda, Moreno, Palomera, 2018, Palomo, Zamora, P. Denis, E. Denis, Melo, 2020).

Las conductas suicidas son influidas por la interacción de un conjunto de factores como los biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por eso se ha considerado como un fenómeno multifactorial. La OMS (2019) destaca algunos factores de riesgo, entre los que se encuentran las experiencias conflictivas, violencia, abusos, pérdidas y aislamiento. Otros autores consideran factores como la depresión (Solís, Meda, Moreno, Palomera, 2018), la desesperanza (Cañón, Carmona, 2018), presentar ciertas condiciones familiares, como haber vivido la infancia sin ambos padres, problemas familiares, condiciones económicas precarias (Palomo, Zamora, P. Denis, E. Denis, Melo, 2020), percepción negativa del futuro, baja autoestima (Narváez-Sánchez, Hernández-Suárez, Vázquez-Hernández, Miranda y Magaña, 2017) y estrés social (Solís, Meda, Moreno, Palomera, 2018), aunque el factor más notorio es haber tenido intentos de suicidio anteriores (OMS, 2019).

Solís, Meda, Moreno y Palomera, en el 2018, en su estudio con universitarios encontraron que el estado civil unión libre, acontecimientos estresantes relacionados con la familia, el consumo de sustancias, la dependencia emocional, impulsividad y depresión fueron factores asociados a la ideación suicida. Por su parte, Suárez, Restrepo y Caballero en el 2016 encontraron alta prevalencia de depresión en universitarios, y destacaron que los hombres no presten atención a identificar los rasgos depresivos o no les dan la debida importancia. También enfatizaron imprescindible identificar la ideación suicida, ya que en su estudio el 22% de los universitarios presentó ideación suicida.

En la investigación de Cañón y Carmona, en el 2018, encontraron algunos factores que se asociaban con la conducta suicida en estudiantes universitarios como el abuso sexual, violencia verbal, consumo de drogas, violencia física y consumo de tabaco.

Algunos estudios han destacado que los jóvenes que se sienten insatisfechos con sus vidas en general tienden a mostrar ideación suicida, estado emocional negativo, consumo de sustancias como alcohol y drogas y conductas sexuales de riesgo (Cañón, Carmona, 2018).



Sin embargo, la autoestima es significativa para explicar la satisfacción vital de los jóvenes. De esta forma, a mayores niveles de autoestima, menor sería la exposición a la influencia de factores externos y, por ende, se mantendrían los niveles de satisfacción; a bajos niveles de autoestima se podrían ver afectados negativamente en cuanto a la satisfacción y ante los eventos externos, por lo que se verían afectados de manera más intensa. Es por ello que la autoestima serviría como un amortiguador interno (Solís, Meda, Moreno, Palomera, 2018).

También existen factores de protección para prevenir el suicidio y evitaría la presencia de ideación suicida, entre los que se encuentran tener una autoestima alta (Solís, Meda, Moreno, Palomera, 2018), satisfacción vital, apoyo social (Cañón, Carmona, 2018); tener una mala comunicación y relación entre los miembros de la familia, así como un mal funcionamiento familiar, son generadores del aumento de ideación suicida entre los jóvenes (Cañón, Carmona, 2018). El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la familia, ideación suicida y autoestima en estudiantes universitarios.

Métodos

En la investigación participaron un total de 751 estudiantes con edades comprendidas entre los 17 a los 32 años de instituciones educativas públicas de nivel superior de la ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas. Se tomó una muestra probabilística estratificada, tomando en cuenta que se consideró a toda la población estudiantil de las diferentes instituciones participativas. El enfoque de este estudio fue de tipo no experimental, descriptivo, transversal de tipo correlacional.

El instrumento está compuesto por una batería con tres cuestionarios. El primero, relacionado con los datos sociodemográficos, conformado por 43 reactivos (incluye los demográficos, y su relación que tiene con su familia, específicamente madre, padre y hermanos/hermanas, amistades, noviazgo, área escolar, y el área personal como pasatiempos, describir sus cualidades y defectos). Este cuestionario está basado en el trabajo realizado por Wang (2001).

El segundo es la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS). Mide y evalúa la recurrencia de pensamientos, ideas, deseos, intencionalidad e intensidad suicida; consta de 19 reactivos, conformados por tres opciones de respuesta tipo Likert, que se puntúan de 0-2; el puntaje varía de 0 a 38 (como máximo); en el estudio de González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000), con muestras universitarias se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.84.



Y la Escala de Autoestima de Rosenberg evalúa la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, sobre atributos y capacidades, así como su valía en las relaciones interpersonales; compuesta por 10 reactivos tipo Likert (cinco reactivos en forma positiva y cinco en negativa); en el estudio de Jurado, Jurado, López y Querevalú (2015), el instrumento se aplicó a estudiantes de nivel medio superior y superior, desde los 14 hasta los 49 años; la prueba arrojó un índice Alfa de Cronbach = 0.79.

La aplicación del instrumento cuenta con la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, UAT. El procedimiento empleado fue el siguiente: se solicitó permiso a las autoridades educativas pertinentes de dichas instituciones, se asistió a tres planteles educativos y se explicó a detalle el proyecto de investigación. Posteriormente, se invitó a los estudiantes a participar en el mismo, se asignaron las fechas y grupos por parte de las autoridades escolares. El día de la aplicación se les explicó a los/las estudiantes claramente los objetivos de este, con el propósito de proteger la privacidad, garantizando su anonimato en el estudio. También se les reiteró que en caso de no querer participar se respetaría su decisión en el momento que así lo decidieran; posteriormente, se entregaron los consentimientos informados a cada uno de los alumnos/alumnas para que lo firmaran si estaban de acuerdo. Y se prosiguió con el instrumento, se tomaron en cuenta las instalaciones para que estuviera adecuado el lugar y aplicar el instrumento sin ninguna distracción; si a algún participante se le fue atendiendo y aclarando sus dudas y al finalizar de contestar se les agradeció su valiosa participación.

Los resultados se procesaron en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22, se utilizaron estadísticas descriptivas y correlacional de Pearson para describir las características de la muestra y las variables del estudio.

Resultados

Respecto a la distribución de la muestra, de los 751 estudiantes, 395 son mujeres (52.6%) y 356 son hombres (47.4%), con edades comprendidas de los 17 hasta los 32 años; la mayoría se encuentra en los rangos de edad de 17 a 23 años con 93.3% de la muestra (17-19 años, 57.5%; 20-23 años, 37.8%; 24-27 años, 3.3%; 28-31 años, 1.2%, y 32-o más, .1%), de tres instituciones educativas públicas de nivel superior de la ciudad de H. Matamoros.

En la tabla 1 se presentan los resultados concernientes a la presencia de ideación suicida en los integrantes de la muestra. Como se observa, un poco más de un cuarto de la muestra han tenido ideas suicidas hasta el momento (30.6%). Esta variable tiene

mayor prevalencia en hombres que en mujeres, ya que en ellos se presenta en el 16.9% de este grupo, mientras que en las mujeres se presenta en 13.7%.

Tabla 1.

Presencia de ideación suicida

Variables	Presencia de ideación suicida				<i>f</i>	Porcentaje
	M	% M	H	%H		
No	292	38.9	229	30.5	521	69.4
Sí	103	13.7	127	16.9	230	30.6
Total	395	52.6	356	47.4	751	100

Fuente: Escala EBIS n=751.

Respecto a la variable autoestima, en la tabla 2 se identifica que, en la muestra estudiada, el 33.3% manifiesta una autoestima baja/media. Las mujeres presentan mayor prevalencia de autoestima alta, en un 37.8%, en comparación con los hombres, con un 34.9%.

Tabla 2.

Niveles de autoestima

Variables	Niveles de autoestima				<i>f</i>	P o r - centaje
	M	%M	H	%H		
Baja	46	6.12	44	5.85	90	12
Media	65	8.65	50	6.66	115	21.3
Alta	284	37.8	262	34.9	546	62.4
Total	395	52.6	356	47.4	751	100

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg n=751.

En lo que corresponde a la relación familiar, los resultados se presentan en la tabla 3, identificando que la mayor parte de los integrantes de la muestra perciben una relación de buena a muy buena con su madre, padre y hermanos.

Tabla 3.

Relación con la madre, padre y hermanos/as

Variables	Relación		f	%	Padre		f	%	H e r m a -			
	Madre				M	H			nos/as	f	%	
	M	H										M
M u y mala	2	3	5	.7	7	5	12	1.6	0	0	0	0
Mala	8	4	12	1.6	11	13	24	3.2	2	4	6	.8
Regular	26	24	50	6.7	63	50	113	15	38	52	90	12
Buena	87	94	181	24.1	110	111	221	29.4	125	126	251	33.4
M u y buena	260	216	476	63.4	167	150	317	42.2	205	157	362	48.2
No aplica	12	15	27	3.6	37	27	64	8.5	25	17	42	5.6
Total	395	356	751	100	395	356	751	100	395	356	751	100

Fuente: Cuestionario de Datos Sociodemográficos n=751.

Los hallazgos respecto a la relación entre las variables de estudio se presentan en la tabla 4. Se identificó una relación significativa negativa entre edad en la relación con el padre ($p=.003$), siendo que, a mayor edad, peor relación con el padre; también se encontró relación significativa entre edad e ideación suicida ($p=.001$). En lo concerniente al género, se identificó una relación significativa positiva con ideación suicida, lo que indica que los varones muestran mayor presencia de ideas suicidas que las mujeres del presente estudio ($p=.004$).

En lo referente a las variables de estudio, se encontró una relación significativa positiva entre la relación de la madre con la relación con el padre ($p=.001$) y hermanos/as ($p=.001$); también se encontró relación significativa negativa entre la relación con la madre con ideación suicida ($p=.002$), relación significativa positiva entre relación con la madre con niveles de autoestima ($p\text{-valor}=.000$). En cuanto al padre, se encontró relación significativa positiva con la relación con los hermanos/as ($p=.001$), y con niveles de autoestima ($p=.001$). Respecto a los hermanos/as, se encontró relación significativa negativa con ideación suicida ($p=.024$) y se encontró relación significati-

va positiva entre relación con los hermanos con autoestima ($p=.032$). Finalmente, se encontró relación significativa entre niveles de autoestima e ideación suicida ($p=.001$).

Tabla 4.

Correlaciones entre los datos demográficos, relación con la madre, padre y hermanos, ideación suicida y autoestima

	Edad	Género	Rel. Madre	Rel. Padre	Rel. hns.	Ideación suicida	Niveles Autoestima
Edad	-						
Género	-.067	-					
Rel. madre	-.016	-.041	-				
Rel. padre	-.108**	.028	.162**	-			
Rel. hermanos/as	-.061	-.032	.175**	.271**	-		
Ideación suicida	-.153**	.104**	-.114**	-.010	-.083*	-	
Niveles Autoestima	.062	.007	.147**	.138**	.078*	-.299**	-

Fuente: Escala EBIS, Rosenberg y Datos Sociodemográficos $n=751$.

Discusión

La finalidad de este trabajo de investigación fue analizar la relación entre la familia (madre, padre, hermanos/as), ideación suicida y autoestima en estudiantes universitarios, en el entendido de que conocer los factores relacionados a esta problemática de interés mundial (OMS, 2019) pueden generar programas o estrategias de intervención adecuados para su prevención.

Los resultados coinciden con otros estudios en donde se puede observar una relación estrecha entre el factor familiar como, por ejemplo, una precaria atención, poco o nulo apoyo, mala relación entre los miembros y las conductas suicidas; es decir, que los problemas de índole familiar se asocian con un mayor riesgo suicida (Cañón-Carmona, 2018),

mientras que los factores como tener una buena comunicación, buena relación entre los miembros y funcionamiento familiar, ayudan o protegen contra conductas suicidas.

Los resultados también coinciden parcialmente con otros estudios como los de Gómez, Limonero, Montes y Sábado (2018), quienes encontraron que el 11.8% de los universitarios mexicanos presentaba alto riesgo de ideación suicida, en comparación con el presente estudio que, aunque los datos nos mostrados no nos indican un alto riesgo de ideación suicida sí nos arrojan un 30.6% de los estudiantes que presentan ideación suicida. Sin embargo, hay otras investigaciones que han encontrado porcentajes más bajos de ideación suicida (7.5%) en muestras universitarias, como el de Suárez, Restrepo, Caballero (2016); aunque no es un porcentaje alto, sí es para considerar la existencia de la ideación suicida entre universitarios. Respecto a la presencia de ideación suicida por género, se obtuvo el 13.71% en mujeres y el 16.91% en hombres. Estos últimos datos coinciden con Solís, Meda, Moreno, Palomera (2018), quienes detectaron una menor presencia de ideación suicida en mujeres que en hombres; aunque la tendencia a la ideación suicida entre las mujeres y los hombres no se encuentra mucha diferencia, refuerza los datos estadísticos encontrados en ambas investigaciones.

Precisamente sobre la ideación suicida se observa que está relacionada negativamente con la autoestima, es decir, que, a menor autoestima, mayor es la ideación suicida, coincidiendo estos datos con los encontrados en otras investigaciones y que está directamente relacionado a tener un mayor pensamiento suicida en comparación con aquellos que tienen autoestima alta (Narváz-Sánchez et al., 2017). Existen otros estudios en donde jóvenes presentan altos niveles de autoestima; sin embargo, en aquellos que presentaron ideación suicida se evidencia un efecto significativo con su autoestima, según lo mencionan Solís, Meda, Moreno, Palomera (2018), por lo que se considera la autoestima como un predictor de la ideación suicida; de esta forma, las personas con alto nivel de autoestima es poco probable que presenten ideación suicida, contrario a aquellos que tienen baja autoestima en los que aumenta la posibilidad de presentar ideación suicida (Solís, Meda, Moreno, Palomera, 2018).

Por tanto, se considera importante hacer la intervención desde el ámbito familiar, la buena comunicación dentro del contexto familiar, de igual manera en lo escolar debe de ser fomentada la buena interacción y mejorar los patrones de comunicación, así como procurar el establecimiento de relaciones afectuosas y de apoyo entre sus miembros y trabajar desde temprana edad el fortalecimiento de su autoestima (Cañón-Carmona, 2018).



Conclusiones

Hay que destacar la importancia de las relaciones familiares sanas. Se relaciona con una elevada autoestima y disminución de ideación en los universitarios, así como generar estrategias, programas de intervención adecuados para su prevención y mejorar la calidad de salud mental en la población universitaria.

De acuerdo con los resultados, se formula la siguiente propuesta de intervención para las instituciones públicas de nivel superior participantes, basada en el modelo de prevención primaria y secundaria de la salud, centrado en la promoción de factores protectores en la población general y la detección temprana de factores de riesgo en grupos vulnerables; además, son trascendentales intervenciones desde el ámbito familiar, instruir a la familia en la comunicación efectiva para que al detectar algunas conductas de riesgo puedan acercarse a los jóvenes sin problema, así como asistencia psicológica a los miembros más vulnerables.

Los docentes son un elemento imprescindible en la educación de los universitarios. Su trato constante con ellos y la convivencia en las aulas son factores que pueden auxiliar en la identificación de las conductas de riesgos e, incluso, ser los primeros en recibir información directamente de los estudiantes de algunas conductas de riesgo suicidas; por tanto, trabajar un taller relacionado con la información profesional del suicidio.

Entre las tareas de las instituciones sería importante que las escuelas puedan contar con un directorio de profesionistas (Santillán, 2019), que podría útil para proporcionar información confiable a los padres o al mismo universitario que lo requieran y así efectuar una canalización adecuada para la atención de los jóvenes con ideas suicidas.

Referencias

- Cañón Buitrago S.C. y Carmona Parra, J.A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 20, 387-97. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014>.
- Denis-Rodríguez, E.; Barradas, M.; Delgadillo-Castillo, R.; Denis-Rodríguez, P. y Melo-Santesteban, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 1-32. ISSN 2007-7467. doi: <10.23913/ride.v8i15.304>.
- Gómez-Romero, Limonero, Toro, Montes-Hidalgo y Sábato, T. (2018). Relación entre inteligencia emocional y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24, 18-23.



- González, S.; Díaz, A.; Ortiz, S.; González-Forteza, C. y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21–30. Gráficos. ISSN: 0186-3325. <http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/808/807>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Comunicado de prensa núm. 455/19,1–9. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf>.
- Jurado, D., Jurado, S., López, K. y Querevalú, B. (2015). Validez de la escala de autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 5 (1), 18–22. <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/55207>>.
- <https://www.ijpsy.com/volumen14/num2/388/variables-psicologicas-asociadas-a-la-ideaci-ES.pdf>>.
- Palomo, K.V.; Zamora, P.T.; Denis, P.; Denis, E. y Melo, G. *Rev Mex Med Forense* (2020). Ideación suicida en estudiantes universitarios del área de ciencias de la salud, *Revista Mexicana de Medicina Forense*, 5(supl 1), 41–44.
- Santillán, C. (2019). ¿Cómo podemos prevenir el suicidio? *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 1(2), 55–59. <<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.1.2.2019.242>>, 56–60.
- Solís-Cámara R.P.; Meda Lara, R.M.; Moreno Jiménez, B. & Palomera Chávez, A. (2018). Depresión e ideación suicida: variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(1), 11–22. ISSN-I 2027–1786. <<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1293>>.
- Suárez, Y.P.; Restrepo, D.E.; Caballero, C.C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 48(4): 470–478. doi: <<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>>.
- Wang, Q. (2001). Cultural Effects on Adults' Earliest Childhood Recollection and Selfdescription: Implications for the Relation Between Memory and the Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 81, 220–233. <https://www.researchgate.net/publication/11825669_Culture_Effects_on_Adults%27_Earliest_Childhood_Recollection_and_Self-Description_Implications_for_the_Relation_Between_Memory_and_the_Self>.



CAPÍTULO 8

RELACIÓN ENTRE IDEACIÓN SUICIDA Y BULLYING EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA

RELATIONSHIP BETWEEN SUICIDAL IDEATION AND BULLYING IN HIGH SCHOOL STUDENTS

Sandra Nallely Flores González,¹ Arely Estefany Huerta Castillo,² Valeria Vargas de la O,^{3*} Lucía Ruiz-Ramos,⁴ Óscar Monreal-Aranda,⁵ Yolanda Velázquez-Narváez⁶

1. Pasante del Servicio Social de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Promotora en el Instituto de las Mujeres en Tamaulipas, Curso Indesol Comunicación Asertiva y Atención a la Mujer en Fisher Dynamics de México S. de R. L. de C. V. Diplomado Especializado en la Atención e Investigación de los Delitos de Género.
2. Licenciada en Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, cursando diplomado en pruebas psicológicas infanta-juveniles Ha hecho intervenciones en el área clínica infantil.
3. Licenciada en Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, trabajadora de consulta psicológica privada y estudiante del curso de Docente en Neurociencias del Instituto de Neurociencias Aplicadas al Desarrollo. Correspondencia: <valeria_vargasdelao@hotmail.com>.
4. Doctora en Aprendizaje y Cognición. Profesora de Tiempo Completo y coordinadora de la carrera de Psicología de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidata).
5. Doctor en Psicología. Profesor de Tiempo Completo y coordinador del programa UAT-PERAJ de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Perfil Deseado PRODEP.
6. Doctora en Educación. Profesora de Tiempo Completo. Coordinadora del sgc Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseado PROMEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).

Dirección postal: Avenida del Maestro y Marte, SN, Colonia Alianza. C. P. 87410, Heroica Matamoros, Tamaulipas, México.



Resumen

Introducción. El comportamiento suicida está constituido por diferentes etapas en las cuales se encuentran ideación suicida, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado. Existen diversos tipos de factores predisponentes que se relacionan a estresores, como dificultades sociales, escolares, familiares y con estados emocionales negativos. *Objetivo.* Conocer la relación entre la ideación suicida y bullying en estudiantes de secundaria. *Métodos.* 569 alumnos (307 mujeres y 262 hombres) con edades comprendidas entre los 12 a 15 años de una institución pública. Se emplearon los siguientes instrumentos: Cuestionario de datos demográficos, la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) y Cuestionario para la Exploración del Bullying (CEBU). El tipo de muestreo fue no probabilístico; no todos quisieron ser partícipes en la aplicación y no cumplieron con los requisitos por lo que fueron descartados cuestionarios. *Resultados.* Con los datos recabados se observa que el 45.77% de la muestra presentó ideación suicida, y se identificó un porcentaje mayor de esta en estudiantes de segundo grado (16.7%). En cuanto al bullying, se encontró frecuencia media con un 16%, principalmente en alumnos de tercer grado (6.50%). Referente a la relación entre las variables del presente estudio, no se encontró relación entre ideación suicida y bullying en la muestra del presente estudio. Lo que es importante destacar que entre mayor fue el grado escolar, mayores fueron los actos de bullying cometidos por los alumnos. *Conclusiones.* Se puede destacar que no hay una relación significativa entre ideación suicida y bullying por parte de la muestra de esta investigación; sin embargo, la importancia de las relaciones sanas escolares, así como una buena comunicación familiar, pueden ofrecer una aproximación a la búsqueda de explicaciones al fenómeno de la ideación suicida y bullying y de esta manera contribuir en su prevención.

Palabras clave: Ideación suicida, bullying, adolescentes.

Abstract

Introduction. Suicidal behavior consists of different stages, within which are suicidal ideation, active contemplation of the suicide itself, planning and preparation, execution of the suicide attempt and suicide consummated. There are several types of predispondering factors, which relate to stressors such as social, school, family difficulties and negative emotional states. *Objective.* Know the relationship between



suicidal ideation and bullying in high school students. *Methods.* 569 students (307 women and 262 men), aged between 12 and 15 years, from a public institution. The following tools were used: Demographic Data Questionnaire, Beck Suicidal Ideation Scale (EBIS) and Bullying Exploration Questionnaire (CEBU). *Results.* 45.77% of the sample had suicidal ideation, and a higher percentage of the sample was identified in second graders (16.7%). In terms of bullying, an average frequency was found with 16%, mainly in third graders (6.50%). As for the relationship between the variables in this study, no relationship between suicidal ideation and bullying was found in the sample in this study. What is important to note is that the higher the grade, the greater the bullying acts committed by the students. *Conclusions.* You can spotlight there`s not relation meaningful between suicidal ideation and Bullying of part to the sampling of this investigation, nevertheless, the matter of the healthy relations scholarship, as a Good family communication can bring an approximation to the search of explanations to the phenomenon of the suicidal ideation and Bullying, in this way contribute to its prevention.

Keywords. Suicidal ideation, bullying, teens.

Introducción

El suicidio se puede entender como el acto deliberado de quitarse la vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). A nivel mundial mueren por suicidio un promedio de 800 000 personas al año, principalmente en población vulnerable (personas de países de ingresos bajos y mediano), y en el grupo de 15 a 29 años (OMS, 2018b). Las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) muestran que en México en el 2017 se llevaron a cabo 6494 muertes por lesiones autoinfligidas (suicidios), lo que representa una tasa de 5.2 de suicidios por cada 100 000 habitantes. Es importante reconocer que el suicidio puede considerarse un acto prevenible por medio de apoyo por actividades de labor social, justicia y enfoque psicológico.

La adolescencia es una etapa muy difícil, ya que comprende cambios físicos y mentales y se pueden presentar desafíos, tales como un mayor compromiso con la educación, por incurrir directamente en su vocación, así como mayor responsabilidad en casa; algunos adolescentes empiezan con empleo de medio tiempo y pueden presenciar violencia familiar o quizá hayan visto o vivenciado en alguna situación de violencia en las calles (Berger, 2016). La adolescencia es el periodo del desarrollo que va de los 10



a los 19 años; es en esta etapa donde se empiezan a experimentar distintos cambios, como pueden ser físicos, psicológicos y sociales, y se considera uno de los momentos de mayor vulnerabilidad en los jóvenes, debido al proceso de experimentar dichos cambios (OMS, 2018a).

El peligro de esta etapa es la confusión de rol debido a que todo esto puede llevar al adolescente a tener pensamientos negativos en la vida, como cuestionarse su objetivo en el mundo, y esto conlleva a los pensamientos suicidas (Marín-Martínez y Reidl, 2013). Es importante destacar que todo acto suicida inicia con pensamientos o ideas suicidas (Sánchez-Sosa y Villarreal-González, Musitu y Martínez, 2010). El comportamiento suicida está constituido por diferentes etapas, no necesariamente secuenciales ni indispensables; entre ellas, pueden encontrarse la ideación suicida, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación, la ejecución del intento suicida y el suicidio consumado (Rivera, 2007).

El intento de suicidio es multicausal, es decir, existen diversos tipos de factores predisponentes, los cuales, sumados a estresores como dificultades sociales, escolares y familiares, y con estados emocionales negativos como la disforia, desesperación o enojo, pueden influir en conductas de afrontamiento desadaptativo y que al tener un conjunto de lo dicho provoquen que se llegue a presentar una conducta suicida, como se expresa en el modelo de riesgo suicida en adolescentes de Spirito, Overholser y Vinnik (1995).

Uno de esos factores es el bullying, ya que para algunos individuos es una herramienta para expresar estados de ánimo negativo que perjudican a quienes son receptores de dicha acción elevando así la conducta negativa de quien lo ejecuta, logrando ser una de las razones por las cuales se manifiesta que el bullying tiene un vínculo con pensamientos o conductas suicidas (Calixto, 2016). La relación entre bullying e ideación suicida en jóvenes es uno de los temas menos tratados en las investigaciones, y lamentablemente todo indica que tanto ideación suicida como bullying va en aumento. El bullying es considerado un problema de salud pública por los profesionales de la salud, los educadores y los padres, donde se deben tener en cuenta los síntomas de alarma y factores de riesgo con el fin de evitar los futuros posibles casos de suicidio a cualquier edad.

Tomando en cuenta la información mencionada, se pretende hacer hincapié en la relación entre el bullying y la ideación suicida que hay en estudiantes de nivel secundaria en México de ambos géneros, para así profundizar en la prevalencia que existe para que se lleve a cabo el suicidio.

Se han realizado algunas investigaciones en las cuales se ha mostrado un gran interés por conocer la relación entre ideación suicida y el bullying; debido al aumento de estas dos variables a nivel mundial, una de estas investigaciones es la de Eguiluz

y Ayala (2014), quienes investigaron la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes en la Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 292 estudiantes de primero y segundo de secundaria, de los cuales 133 son hombres, que representan 45.5%, y 157 mujeres, que representan 54.5%. Fueron utilizados los instrumentos de Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck y el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. Los resultados arrojan que se encontró que el 21.21% de la población del estudio presentó ideación suicida y el resto (78.7%) no la presentó.

Otro estudio sobre ideación suicida es el de Narváez-Sánchez, Hernández-Suárez, Vázquez-Hernández, Miranda y Magaña (2017), quienes investigaron la relación entre depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tabasco, México, en la escuela del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios (CBTIS No. 249), con una muestra de 129 estudiantes con edades de entre 15 y 19 años del turno matutino de ambos sexos. El instrumento empleado fue la Escala de Ideación Suicida de Beck, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 0.8% presentaba alto riesgo suicida, mientras que el 8.5% tiene mediano riesgo suicida.

Sobre violencia escolar, Barraza y Méndez (2012) investigaron sobre el tema con una muestra de 30 alumnos de educación media superior (preparatoria) en Durango. Mediante la aplicación del instrumento de Cuestionario de Exploración para el Bullying (CEBU), se obtuvieron los siguientes resultados: la forma más común en que acontece el bullying es mediante agresiones verbales, ya que el 72.26% de los estudiantes menciona haber sido llamados por un apodo, y el 78.72% destacó haber observado que un compañero es imitado de manera burlesca. La medida en que se presentó el fenómeno del bullying es de 36.66%.

Un estudio realizado en Venezuela por Jiménez, Silva, Ortiz y Vargas (2017) acerca de la depresión y el bullying en adolescentes, donde la muestra fue de 50 adolescentes con edades de aproximadamente de 11 a 16 años, de los cuales 66% fueron mujeres y 14% hombres; de primer grado fueron 24%, segundo grado 36% y de tercer grado 20%. Los resultados muestran que el 10% de los adolescentes de primer y segundo grado presentan bullying, es decir, 5 estudiantes entre ambos grados. De acuerdo con los resultados del Cuestionario para la Exploración de Bullying (CEBU), el 40% son agresores, el 11% observadores y el 11% víctimas, ubicando así un 62% de bullying presentado en los adolescentes.

Por último, se encuentra el estudio de Vázquez (2018), cuya investigación se relacionó con la estrategia de sensibilización para la disminución del bullying en estudiantes de Durango, México. La muestra estuvo conformada por cincuenta y seis estudiantes de nivel primaria del sexo femenino. Se realizaron dos aplicaciones (pretest y postest)

en ambos casos; el cuestionario que se aplicó específicamente fue el Cuestionario para la Exploración del Bullying (CEBU), que explora la frecuencia de ocurrencia del bullying. En la fase del pretest se encontró que las adolescentes describieron un alto grado de bullying, pero en la fase del postest se redujo notablemente la cantidad; de esta forma se encontró una diferencia de un 25% al compararse los resultados de las dos aplicaciones de dichos instrumentos, pues se demostró la relación directa entre la aplicación de esta estrategia y la disminución de la frecuencia de las conductas acosadoras o bullying entre los estudiantes que conformaron la muestra de investigación.

El bullying es una acción donde se utiliza la fuerza o poder sobre un individuo, mostrando así una situación desigual, ya sea de carácter físico, verbal o psicológico (Fernández-Espada, 2009; citado en Curiel, 2012). Este es uno de los temas que se deben considerar importantes, ya que en la actualidad algunos de los estudiantes de secundaria lo están presentando, y esto puede afectarlos psicológicamente, provocando que se presente la ideación suicida.

Estudios confirman que el bullying es la principal causa de suicidio entre los adolescentes, como en el de Sandoval-Ato, Vilela-Estrada, Mejía y Caballero (2018), quienes encontraron en estudiantes de secundaria una relación entre la ideación suicida y algún tipo de depresión, pero señala que el incremento de bullying en la actualidad influye en la ideación suicida, por lo que el objetivo general es conocer la relación entre ideación suicida y bullying en estudiantes de secundaria y los objetivos específicos son determinar si el bullying influye en la ideación suicida en estudiantes de secundaria e identificar qué grado académico es el más propenso a presentar ideación suicida.

Métodos

En el estudio se presentan términos clave para la realización de la investigación, los cuales son los siguientes: ideación suicida y bullying en estudiantes de secundaria. En esta investigación se utiliza un diseño de tipo correlacional, descriptivo de corte transversal, debido a que se busca conocer la relación que hay entre el bullying e ideación suicida en estudiantes de secundaria.

En lo que se refiere a la población, se tomó en cuenta a adolescentes de la secundaria técnica pública de Matamoros de edades de entre los 12 y 15 años. Aproximadamente, la población oscila en 1460 alumnos de secundaria, de la cual fue con el turno matutino con el que se eligió trabajar, por lo que es comprendida en 750 estudiantes. Se aplicaron 719 cuestionarios; de ellos, se descartaron 150 por no estar contestados completamente o por falta de interés de los estudiantes.

En esta investigación se trabaja con una muestra de 569 alumnos (307 mujeres y 262 hombres) y en dicho estudio el muestreo que se utiliza es de tipo no probabilístico,

Este trabajo de investigación deriva de un proyecto que cuenta con la aprobación del Comité de investigación y Ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, UAT. Para la recolección de datos se presentó un consentimiento informado a los padres, madres o tutores de la población estudiantil y posteriormente se hizo la aplicación de instrumentos, los cuales fueron el cuestionario de datos demográficos; consecuentemente, fue la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) y por último fue el Cuestionario para la Exploración del Bullying (CEBU).

Estos instrumentos fueron valorados y elegidos, ya que cada uno de ellos evaluaba los diferentes ámbitos de interés. El procedimiento para la aplicación de cada uno fue asistir a la escuela secundaria y aplicarlos en cada uno de los salones de clases. Posteriormente, evaluamos cada una de las escalas y cuestionarios para así obtener los resultados de una manera más específica.

Resultados

Teniendo los datos descriptivos de género y grado académico, se puede observar que es un poco mayor la participación femenina con 53.95% (307), y la masculina con 46.04% (262); el 37.1% de la muestra pertenece al segundo grado, el 35.3% al primer grado y, por último, el 27.6% de tercer grado de secundaria.

Tabla 1.

Género y grado académico

Variables	Género		f	Porcentaje
	Femenino	Masculino		
Grado académico				
1ro	102	99	201	35.3
2do	114	97	211	37.1
3ro	91	66	157	27.6
Total	307	262	569	100

Fuente: Cuestionarios ebis y cebu n=569.

En lo que se refiere a la escala de ideación suicida se puede resaltar que el 54.08% no presenta ideas suicidas, mientras que en el 45.77 % existe ideación suicida; de estos, el grado académico con mayor presencia de ideación suicida fue el segundo con 16.7%, seguido de primero con 16.5% y, por último, tercero con 12.6%.

Tabla 2.*Grado académico e ideación suicida*

Variables	Grado académico						f	%
	1ro	%	2do	%	3ro	%		
Ideación suicida								
No	107	18.8	116	20.4	85	14.9	308	54.08
Sí	94	16.5	95	16.7	72	12.6	261	45.7
Total	201	35.3	211	37.1	157	27.6	569	100

Fuente: Cuestionarios EBIS y CEBU n=569.

Sobre la variable bullying, hay una frecuencia baja de bullying con un 84%; el resto, con 16%, presentó frecuencia media, alumnos de tercer grado, 6.50% (37 estudiantes), seguido de segundo año con el 5.09% (29 estudiantes), y, por último, los de primer grado con 4.39% (25 estudiantes). Es importante destacar que el grado de segundo año fue el que más baja frecuencia de bullying ha manifestado con 31.9% de los alumnos (182 estudiantes).

Tabla 3.*Grado académico y frecuencia del bullying*

Variables	Grado académico						f	%
	1ro	%	2do	%	3ro	%		
Frecuencia de bullying								
Baja	176	30.9	182	31.9	120	21.08	478	84
Media	25	4.39	29	5.09	37	6.50	91	16
Alta	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	201	35.3	211	36.7	157	27.58	569	100

Fuente: Cuestionarios EBIS y CEBU n=569.

RELACIÓN ENTRE IDEACIÓN SUICIDA Y BULLYING EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA

Los resultados según los roles del bullying fueron los siguientes: el de observador con 49%, víctima con 39.9%, consecuente el agresor con 5.4%, víctima y observador con 3.2%, y al final el rol de víctima y agresor con 2.5%. Tomando en cuenta los grados y roles, los de segundo grado manifestaron más el rol de víctimas 15.64% (89 alumnos); el rol de agresor se presentó un poco más en alumnos de tercero con 2.28% (13 estudiantes), el rol de observador se presentó un poco más en estudiantes de segundo grado, con 18.45% (105 estudiantes), el rol de víctima y agresor se presentó más en los de segundo grado, con 1.05% (6 estudiantes) y, por último, el rol de víctima y observador se presentó más en los de primer grado 1.93% (11 estudiantes).

Tabla 4.*Grado académico y desempeño del rol*

Variables	Grado académico			f	%
	1ro	2do	3ro		
Desempeño del rol					
Víctima	80	89	58	227	39.9
Agresor	11	7	13	31	5.4
Observador	94	105	80	279	49
Víctima y agresor (V-A)	5	6	3	14	2.5
Víctima y observador (V-O)	11	4	3	18	3.2
Total	201	211	157	569	100

Fuente: Cuestionarios EBIS y CEBU n=569.

Haciendo la correlación entre escala suicida y CEBU, solo se obtuvo una correlación positiva entre la frecuencia de bullying y el año escolar, lo cual se ve reflejado en la tabla anterior, en donde primordialmente se puede observar que se presenta con mayor frecuencia en alumnos de segundo grado, quienes manifiestan roles de víctimas y observadores; sin embargo, el rol de agresores lo presentan los alumnos de tercer grado.

Tabla 5.

Correlaciones entre puntajes generales del EBIS y CEBU

	Género	Año escolar	Ideación suicida	Frecuencia bullying	Desempeño del rol
Género	-	-.057	.013	-.018	-.025
Año escolar		-	-.033	.116**	-.019
Ideación suicida			-	.046	.063
Frecuencia bullying				-	.055
Desempeño rol					-

Fuente: Cuestionarios EBIS y CEBU n=569.

Discusión

El estudio tiene como finalidad indagar si hay una relación entre la ideación suicida y bullying en adolescentes de secundaria. Aplicando instrumentos de acuerdo con los criterios a evaluar (ideación suicida y bullying), 45.77% total de la población estudiantil manifestó ideación suicida, de acuerdo con el estudio de Eguiluz y Ayala (2014), ya que presenta el doble del mencionado estudio.

De acuerdo con los datos recolectados en esta investigación, podemos observar que no hay una correlación entre el bullying y la ideación suicida en los adolescentes de nivel secundaria; sin embargo, se encontró que existen diversos factores que pueden inferir en la relación de ideación suicida y bullying.

Conclusiones

La investigación permitió conocer si había relación entre ideación suicida y bullying en estudiantes de secundaria, a los cuales se les aplicaron instrumentos de manera grupal para evaluar dichas variables, en donde las instrucciones brindadas fueron claras y precisas.



De acuerdo con los resultados en las correlaciones, se puede destacar que no existe relación significativa entre ideación suicida y bullying por parte de la muestra de esta investigación. En cuanto a la relación familiar, que también influye en las conductas que los alumnos aprenden y proyectan en el ámbito escolar, tanto con sus compañeros de clase como con compañeros menores a ellos, no hay suficiente investigación para comparar los datos con otros estudios.

El objetivo de esta investigación ha sido conocer la relación ideación suicida y bullying en estudiantes de secundaria; los resultados que se obtuvieron con este estudio arrojan datos importantes, ya que existen diferentes factores estrechamente relacionados con cada una de las variables (ya mencionados), los cuales, en estudios posteriores, se pueden utilizar para diseñar algún tipo de intervención o estrategia para esta población, debido a que cada día se presentan más estas situaciones de ideación suicida y bullying dentro y fuera de las escuelas.

Existen muy pocos estudios sobre ideación suicida que incluyan a adolescentes que cursan el nivel de secundaria, ya que la mayoría de las investigaciones se han centrado en edades diferentes (específicamente universitarios). Es por ello que se deben destacar los resultados del presente estudio para posteriores estudios donde se puedan diseñar estrategias de intervención y programas de prevención, que puedan solventar esta necesidad en adolescentes de secundaria. Y ofrece una aproximación a la búsqueda de explicaciones al fenómeno de la ideación suicida y bullying, aunque lo correcto sería incluir factores multicausales, como lo son los factores familiares e individuales.

Sería de gran utilidad para la disminución de este fenómeno apoyar la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos en las familias y las escuelas, así como identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental y llevar a cabo programas efectivos de prevención y programas de tratamiento.

Se sugiere trabajar en la comunidad estudiantil desarrollando pláticas de intervención sobre salud mental enfocadas al bullying, sus causas y consecuencias, pláticas sobre el suicidio y pensamientos suicidas, como detectar los síntomas en los estudiantes mediante algunos talleres donde se maneje esta temática, además de implementar pláticas sobre las relaciones sanas con la familia, abriendo un programa de escuela para padres. Además, abrir el departamento de psicología como apoyo permanente a la comunidad estudiantil.



Referencias

- Barraza, A. y Méndez, A. (2012). *La violencia escolar y la salud mental. Más allá de la educación como experiencia cognoscente*. Tomo 1, 18–33. <<http://redie.mx/librosyrevistas/libros/coleccionlibro1.pdf>>.
- Berger, K. (2016). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. New York: Médica Panamericana.
- Calixto, E. (2016). El bullying: una experiencia negativa en el cerebro. Periódico *Excelsior*, 1–5. <<https://www.excelsior.com.mx/blog/neurociencias-en-la-vida-cotidiana/el-bullying-una-experiencia-negativa-en-el-cerebro/1111179>>.
- Curiel, A. (2012). El bullying. *Bullying-Ensayo* 1–2. <<http://alejandrocurielbullying.blogspot.com/2012/01/bullying-ensayo.html>>.
- Eguiluz, L. y Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72–80. ISSN 1405-0943. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009>>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Comunicado de Prensa núm. 455/19, 1–9. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf>.
- Jiménez, A.; Silva, D.; Ortiz, N. y Vargas, M. (2017). Depresión y bullying en adolescentes del Liceo María Teresa Angulo extensión Bojo Sanare Estado Lara. *CIENCIAMATRIA*, 5(9), 92–113. <<http://cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/101/93>>.
- Marín-Martínez, A. y Reidl, L. (2013). Validación psicométrica del cuestionario «Así nos llevamos en la escuela» para evaluar el hostigamiento escolar (bullying) en primarias. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 18(56), 11–36. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14025581002>>.
- Narváez-Sánchez, Y.; Hernández-Suárez, M.I.; Vázquez-Hernández, M.; Miranda, A.; Magaña, L. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 23(1 y 2), 28–33. <<https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/28.pdf>>.

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). Prevención del suicidio, un imperio global. Resumen ejecutivo. OMS, Oficina Regional para las Américas y la Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978-92-4-156477-9. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=D7F7A-45245D94139D212C799748A6409?sequence=1>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2018a). Desarrollo en la adolescencia. <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2018b). Suicidio. 24 de agosto 2018. OMS. <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>.
- Rivera, H.M.E. (2007). Mensajes audiovisuales para la promoción de la salud y la prevención del suicidio en los adolescentes. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M.E., Musitu, G. y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. ISSN: 1132-0559. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008>.
- Sandoval-Ato, R., Vilela-Estrada, M., Mejía, C. y Caballero, J. (2018). Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 208-215. <<http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/92> 11 jun. 2019>.
- Spirito, A., J. Overholser & L. Vinnick (1995). Adolescent Suicide Attempters in General Hospitals: Psychological Evaluation and Disposition Planning. En J. Wallander & J. S. Lawrence (eds.). *Adolescent Health Problems: Behavioral Perspectives*. Nueva York: Guilford Press, 97-116.
- Vázquez, E. (2018). Aplicación de la estrategia de sensibilización «Soy Mejor» en la disminución del bullying entre los estudiantes del sexto grado de la I.E. 82949 - Cajamarca - 2018. Tesis de Maestría. Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo, Chiclayo, Perú. <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/28615/V%C3%A1squez_MB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.





CAPÍTULO 9

RELACIÓN ENTRE RELIGIOSIDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON VIH

RELATIONSHIP BETWEEN RELIGIOSITY AND ALCOHOL CONSUMPTION IN PATIENTS WITH HIV

Martha Dalila Méndez-Ruiz,¹ Miguel Ángel Villegas-Pantoja,² Laura Alicia García-Perales,³ Francisco Cadena-Santos⁴

1. Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo e Investigadora. Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Correspondencia: <mdmendez@docentes.uat.edu.mx>.
2. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo e Investigador. Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Correspondencia: <mapantoja@uat.edu.mx> (autor de correspondencia).
3. Maestra en Enfermería. Profesora de Horario Libre. Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Correspondencia: <lgarcia@docentes.uat.edu.mx>.
4. Doctor en Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Correspondencia: <fcadena@docentes.uat.edu.mx>.

Dirección postal: Calle Pino Suárez y Aldama S/N, Colonia Centro. C. P. 88000. Nuevo Laredo, Tamaulipas.



Resumen

Introducción. El consumo de alcohol es un problema alarmante debido a su alta prevalencia y variedad de repercusiones, especialmente para grupos vulnerables como el de los individuos portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Un factor protector del abuso de alcohol podría ser la religiosidad, debido a la influencia positiva sobre el comportamiento humano. *Objetivo.* Identificar la relación entre la religiosidad y el consumo de alcohol en pacientes con VIH. *Métodos.* Estudio descriptivo-correlacional. La población estuvo compuesta por pacientes con VIH, mayores de edad, de ambos sexos. El muestreo fue por conveniencia, con una muestra final de 254 participantes. Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, el Inventario de Religiosidad y la subescala de alcohol del Cuestionario ASSIST. Se recurrió a estadística no paramétrica. **Resultados.** La media de edad fue de 39.22 años, prevaleció el sexo masculino (78.0%) y los solteros (51.6%). El 81.1% de los participantes adquirió el VIH por medio de relaciones sexuales sin protección. El 78.7% refirió ser religioso y católico (66.1%). En promedio, consumen 9.77 bebidas alcohólicas en un día típico. Se identificó una correlación significativa negativa, entre la religiosidad y el consumo de alcohol ($r_s = -.349, p=.001$). *Conclusiones.* Mayor religiosidad correlacionó con menor involucramiento con el consumo de alcohol, lo cual coincide con las descripciones del rol protector de la religiosidad. Los resultados dirigen hacia la exploración de la religiosidad mediante diseños experimentales, de modo que se genere evidencia que contribuya a su incorporación dentro de intervenciones para prevenir el consumo de alcohol.

Palabras clave: VIH, consumo de bebidas alcohólicas, religión, estudios transversales.

Abstract

Introduction. Alcohol consumption is an alarming problem due to its high prevalence and variety of repercussions, especially for vulnerable groups such as individuals carrying the Human Immunodeficiency Virus (HIV). A protective factor of alcohol abuse could be religiosity, due to the positive influence on human behavior. *Objective.* To identify the relationship between religiosity and alcohol consumption in patients with HIV. *Methods.* Descriptive correlational study. The population consisted of HIV patients, of legal age, of both sexes. The sampling was for convenience, with a final sample of 254 participants. A Sociodemographic Data Card, the Religiousness Inventories and



the alcohol subscale of the ASSIST Questionnaire were used. Non-parametric statistics were used. *Results.* The mean age was 39.22 years, males (78.0%) and singles (51.6%) prevailed. 81.1% of the participants acquired HIV through unprotected sex. 78.7% reported being religious and being Catholic (66.1%). On average they consumed 9.77 alcoholic beverages on a typical day. A significant negative correlation was identified between religiosity and alcohol consumption ($r_s = -.349, p = .001$). *Conclusions.* Greater religiosity correlated with less involvement with alcohol consumption, which coincides with the descriptions of the protective role of religiosity. The results lead towards the exploration of religiosity through experimental designs, so that evidence is generated that contributes to its incorporation into interventions to prevent alcohol consumption.

Keywords: HIV, alcohol drinking, religion, cross-sectional studies.

Introducción

El consumo de alcohol es un problema de salud pública mundial, debido a la magnitud de consumo y las múltiples consecuencias físicas, sociales y económicas que ocasiona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Uno de los grupos poblacionales altamente vulnerable son las personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), dado que tienen mayores posibilidades de involucrarse en el uso de alcohol que aquellos que no están infectados (Nkosi, 2016; Teixeira, 2013). Entre las diversas patologías atribuibles al uso de bebidas alcohólicas (Rehm et al., 2017) destaca que las personas infectadas con VIH que consumen esta sustancia tienen 20 veces mayor riesgo de fallecer, en comparación con quienes no consumen alcohol (Obel, 2011).

Los estudios demuestran que el uso de alcohol provoca daños en la salud de las personas que viven con el VIH, tales como el incremento del riesgo de presentar lesión hepática (Brave, 2010), aumenta las probabilidades de retrasar el inicio del tratamiento antirretroviral y altera la adherencia al tratamiento médico (Vagenas et al., 2015). Esto puede conducir a una reducción de la cantidad de glóbulos blancos que combaten las infecciones, lo que aumenta la posibilidad de infecciones oportunistas, resistencia a los medicamentos y el inicio más temprano de la muerte (Hengershot et al., 2009).

Por ejemplo, un estudio en el continente africano demuestra que el 74.5% de las personas con el VIH presenta consumo dañino de alcohol (Hahn et al., 2015). Por otra parte, un estudio realizado en nueve entidades de Estados Unidos (Williams et al., 2014) demuestra que más del 57% de las personas adultas con VIH informan haber consumido alcohol en el último año; de ellos, el 35% tiene un consumo bajo, el 15%



consumo moderado y el 7% consumo dañino. Asimismo, se ha reportado que el uso de alcohol es más común entre los participantes varones (80%) y quienes son casados o con pareja (27%). En México, un estudio reciente (López et al., 2017) señala que la media de edad de inicio de consumo de alcohol en jóvenes con VIH se ubica en los 14.4 años, donde el 100% consumió en el último año, el 85.7% en el último mes y el 37.1% en los últimos siete días; se estima que el promedio de consumo es 11.2 bebidas alcohólicas en un día típico.

La prevalencia simultánea del consumo de alcohol y el VIH, así como la morbilidad resultante de las anteriores condiciones, han llevado a los investigadores y profesionales de la salud a identificar los factores explicativos del uso de alcohol. Por tal motivo, se considera que un área que requiere mayor profundización es el papel que juega la religiosidad en el uso de alcohol entre las personas con VIH, ya que esta puede influir los comportamientos del individuo a través de sus creencias o preferencias espirituales (Vargas-Valle & Martínez-Canizales, 2015).

La religiosidad se define como una experiencia subjetiva, la cual reúne ideas filosóficas de la vida y su propósito, con el poder de dar forma y significado al ser, saber y hacer, y de motivar al individuo en la selección de las relaciones y las búsquedas necesarias para encontrar el bienestar, la felicidad y la armonía (Díaz-Heredia & Muñoz-Sánchez, 2013). En México se estima que más de 84 millones de personas son religiosas. De estas, el 89.3% son católicas, el 8.0% son evangélicas, el 2.5% protestantes y el 0.2% pertenece a otras religiones (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015). De acuerdo con la literatura, se considera que la religiosidad puede ser un factor protector hacia las conductas no saludables, tales como el consumo de alcohol (Adong et al., 2018).

En este sentido, una investigación señala (Jiménez & Posada, 2018) que un mayor nivel de religiosidad se relaciona con un menor consumo de alcohol ($\tau = -.154$, $p = .004$). Cabe señalar que dicho estudio se realizó en adolescentes mexicanos que no presentaban el VIH. Otra investigación realizada con similar enfoque poblacional (Vargas-Valle & Martínez-Canizales, 2015) identificó que los jóvenes sin religión (13.3%) tienen una mayor prevalencia de abuso del alcohol que los católicos (8.6%) y los evangélicos (4.8%). Así, también el nivel de religiosidad de los jóvenes disminuye la probabilidad del abuso del alcohol, ya que quienes otorgan un valor alto a su religión presentan un riesgo más bajo de abuso del alcohol, en comparación con aquellos que le dan un valor nulo ($OR = .56$, $p < .001$).

No obstante, los estudios señalados muestran que en México quedan vacíos por explorar, especialmente porque no se identificaron estudios donde se aborde el vínculo entre la religiosidad y el uso de alcohol en población con VIH. Cabe mencionar que los resultados del presente estudio podrían contribuir al desarrollo de intervenciones de



enfermería para promover mejores resultados de salud entre las personas con el VIH en México. De especial interés resulta enfocarse en la población adulta, segmento donde se registra una alta prevalencia de casos de VIH y de consumo de alcohol (Jacquet et al., 2018). Con base en la información expuesta, se desarrolló un estudio dirigido a identificar cuál es la relación entre la religiosidad y el consumo de alcohol en pacientes con VIH de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Se consideró pertinente formular los siguientes objetivos específicos: 1) comparar la religiosidad y consumo de alcohol de acuerdo con el sexo; 2) comparar la religiosidad y el consumo de alcohol de acuerdo con la edad, y 3) comparar el consumo de alcohol según el tipo de religión que profesan los pacientes con VIH.

Métodos

Diseño del estudio, muestreo y muestra. Se desarrolló un estudio cuantitativo, de corte transversal y diseño correlacional (Burns & Grove, 2009), durante el año 2019. La población estuvo conformada por adultos con VIH que acudían a un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Nuevo Laredo, México. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. De esta manera, la muestra final estuvo conformada por $n = 254$ participantes. El tamaño muestral se calculó a través de G*Power versión 3.1, y fue suficiente para ejecutar pruebas de correlación bivariada, considerando una probabilidad de error α del 5%, potencia $(1 - \beta)$ del 89% y detección de un tamaño de efecto mediano ($\rho = .03$).

Instrumentos. Se empleó una Cédula de Datos Sociodemográficos y dos instrumentos de autoinforme. El primero fue el Inventario de Religiosidad adaptado por Taunay y colaboradores (2012) en personas latinas, el cual tiene como objetivo identificar los sentimientos, pensamientos, experiencias y creencias religiosas. Consta de 10 reactivos, con cinco opciones de respuesta tipo Likert, que van desde 1 = *Nunca/Nada*, 2 = *Raramente/Poco*, 3 = *Ocasionalmente/Regular*, 4 = *Frecuentemente/Mucho*, y 5 = *Siempre/Extremadamente*, donde a mayor puntuación mayor religiosidad. El instrumento registró un coeficiente Alfa de Cronbach aceptable ($\alpha = 0.94$).

El segundo instrumento utilizado fue la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés), desarrollado por la OMS (2011). La prueba ASSIST evalúa el consumo de hasta diez tipos diferentes de sustancias psicoactivas; sin embargo, para el presente estudio solo se utilizó la subescala del consumo de alcohol. Este cuestionario se compone por siete reactivos, con opciones de respuesta tipo Likert. Una mayor puntuación se interpreta como mayor



involucramiento con el consumo de alcohol. El instrumento registró una confiabilidad aceptable ($\alpha = 0.84$).

Procedimientos de recolección de datos. Se contó con la autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas para iniciar la recolección de datos. Posteriormente, se acudió al Centro CAPASITS para invitar a los pacientes a participar en el estudio, con previa autorización de los directivos. Se les explicaron los objetivos, los instrumentos, lugar y el tiempo requerido para contestarlos. Cabe señalar que en todo momento el estudio se apegó al reglamento de la *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* (Secretaría de Salud, 2014), con la finalidad de asegurar la protección de los derechos de los participantes, así como su confidencialidad y libertad de participación, por lo que se brindó un Consentimiento Informado del Participante antes de iniciar el llenado de los instrumentos. Al finalizar el estudio, se les agradeció a los pacientes por su participación y se les brindó un folleto sobre las consecuencias del consumo de alcohol.

Plan de análisis de datos. Los análisis se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Mac OS X. Para responder a los objetivos del estudio, se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión) y estadística inferencial. Para identificar la distribución de los datos, se empleó la prueba Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors; debido a que las variables no tuvieron normalidad, se optó por pruebas estadísticas no paramétricas. De acuerdo con lo anterior, para responder al primer objetivo específico se utilizó la prueba estadística *U* de Mann-Whitney, y para responder al segundo y tercer objetivo específico se empleó la prueba *H* de Kruskal-Wallis. Para dar respuesta al objetivo principal, se efectuó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Resultados

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra, predominaron los participantes de sexo masculino (78.0%), solteros (51.6%), con escolaridad universitaria (30.3%). Se estimó una media de edad de 39.22 años ($Mdn = 39.0$, $DE = 11.82$). El 81.1% de los participantes refirió haber adquirido el VIH relaciones sexuales sin protección; afirmaron haber transcurrido en promedio 6.5 años ($Mdn = 5.0$, $DE = 6.3$) desde que fueron diagnosticados con VIH. Prevalcieron los participantes que mencionaron ser religiosos (78.7%) y que profesaban la religión católica (66.1%). Respecto al consumo de alcohol, en promedio consumían 9.77 bebidas alcohólicas en un día típico ($Mdn =$



7.0, $DE = 6.88$) y la edad de inicio de consumo fue a los 18.42 años ($Mdn = 18.0$, $DE = 5.55$).

Para identificar la relación entre la religiosidad y el consumo de alcohol en pacientes con VIH se procedió a calcular el Coeficiente de Correlación de Spearman. Mediante esta prueba estadística se encontró una correlación significativa, negativa y de intensidad moderada entre las puntuaciones de religiosidad y del ASSIST para el consumo de alcohol ($r_s = -.349$, $p = .001$). Esto indica que, a mayor religiosidad en los pacientes con VIH, menor es la implicación con el consumo de alcohol.

Respecto a los resultados del primer objetivo específico, el cual consistió en comparar la religiosidad y el consumo de alcohol de acuerdo con el sexo, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la religiosidad y el sexo ($U = 4379.000$, $p = .016$), donde las mujeres presentaron mayores medias de religiosidad ($= 36.53$, $DE = 13.85$) en comparación con los hombres ($= 35.11$, $DE = 12.93$). Esto se aprecia en la tabla 1. Por otra parte, aunque se observaron mayores medias de consumo de alcohol en los hombres, la prueba U de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas en comparación con las mujeres ($U = 2656.500$, $p = .456$).

Tabla 1

Religiosidad y consumo de alcohol de acuerdo con el sexo en pacientes con VIH

Variables	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Sumatoria del Inventario de Religiosidad				4379.000	.016
Mujer	36.53	41.50	13.85		
Hombre	35.11	38.00	12.93		
Sumatoria de la Subescala de Consumo de Alcohol de ASSIST				2656.500	.456
Mujer	10.62	10.00	8.88		
Hombre	11.82	9.00	9.28		

Nota: \bar{X} = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar; *U* = Prueba de Mann-Whitney; *p* = Significancia.

Respecto al segundo objetivo específico (comparar la religiosidad y el consumo de alcohol de acuerdo con la edad), se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre la religiosidad y el grupo de edad ($H = 12.038$, $p = .002$). En la tabla 2 se muestra que los participantes de 35 a 51 años presentaron mayores medias de



religiosidad ($= 38.79$, $DE = 12.22$), en comparación con los participantes de 18 a 34 años ($= 31.88$, $DE = 13.26$) y 52 a 67 años ($= 36.00$, $DE = 12.53$). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol y el grupo de edad ($H = 3.392$, $p = .183$).

Tabla 2.

Religiosidad y consumo de alcohol de acuerdo con el grupo de edad de los pacientes con VIH

Variables	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Sumatoria del Inventario de Religiosidad				12.038	.002
18 a 34 años	31.88	32.00	13.26		
35 a 51 años	38.79	43.00	12.22		
52 a 67 años	36.00	39.00	12.53		
Sumatoria de la Subescala de Consumo de Alcohol de ASSIST				3.392	.183
18 a 34 años	10.95	8.00	9.27		
35 a 51 años	13.20	12.00	9.60		
52 a 67 años	9.53	7.00	7.47		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *H* = Prueba de Kruskal-Wallis, *p* = Significancia.

El tercer objetivo específico se dirigió a comparar el consumo de alcohol según el tipo de religión que profesaban los pacientes con VIH. De acuerdo con los resultados mostrados en la tabla 3, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($H = 70.852$, $p = .001$), donde los participantes ateos presentaron mayores medias de consumo de alcohol ($= 22.98$, $DE = 6.3$) en comparación con los católicos ($= 8.58$, $DE = 6.83$) y evangélicos ($= 8.64$, $DE = 9.77$).

**Tabla 3.***Consumo de alcohol según el tipo de religión de los pacientes con VIH*

Variables	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Sumatoria de la subescala de Consumo de Alcohol de ASSIST				70.852	.001
Católicos	8.58	7.00	6.83		
Evangélicos	8.64	3.00	9.77		
Ateos	22.98	27.00	6.3		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *H* = Prueba de Kruskal-Wallis, *p* = Significancia.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio resaltan que la religiosidad es un factor importante que podría tener implicaciones en el uso de alcohol de los individuos con VIH. Se identificó que un mayor nivel de religiosidad en los pacientes con VIH correlacionó con menor consumo de alcohol. Esto coincide con un estudio realizado en adultos con VIH de Uganda, donde se menciona que las calificaciones más altas de religiosidad se asocian con menores probabilidades de consumo dañino de alcohol (Adong et al., 2018). También es similar a lo reportado en un estudio con jóvenes mexicanos sin VIH (Jiménez & Posada, 2018), donde el nivel de religiosidad se relaciona de forma negativa con la dependencia al alcohol.

Como una posible explicación a la correlación identificada, la religiosidad podría estar asociada con las actitudes y creencias sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, en un estudio de Johnson y colaboradores (2008) se aprecia que la religiosidad predice mayores creencias negativas sobre el alcohol, así como menos motivos sociales para beber. Los resultados no son inesperados, dado que la religiosidad juega un papel importante en la vida de la mayoría de los mexicanos. En este sentido, más de la mitad de la población informa ser religiosa y pertenecer a la religión católica (INEGI, 2015). Por otra parte, un factor que también podría explicar la correlación identificada es el hecho que los individuos con VIH que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral evitan el consumo de bebidas alcohólicas para mantenerse en apego a su tratamiento (Hendershot et al., 2009).



En cuanto al primer objetivo específico, las mujeres presentaron mayores medias de religiosidad que los hombres. Esto coincide con una investigación en Estados Unidos (Galvan et al., 2007) donde se reporta que las mujeres suelen tener mayores índices de religiosidad en comparación con los hombres, al menos entre los que profesan el catolicismo y la religión evangélica. No obstante, los hallazgos difieren con los de un estudio en Uganda (Adong, 2018), donde mujeres y hombres con VIH (49.2% protestantes, 35.1% católicos y 9.2% musulmanes) tienen similares medias de religiosidad; también difieren con los del estudio de Othman et al. (2015), quienes señalan mayores niveles de religiosidad entre los pacientes varones portadores de VIH (muestra de participantes malayos que profesaban el Islam). Como lo plantea Agadjanian (2005), la divergencia de resultados puede deberse a que el involucramiento religioso es una parte central de la construcción social de determinados grupos. Dado que en ocasiones las religiones ofrecen visiones y roles segmentados por género, es necesario realizar evaluaciones más profundas que clarifiquen el rol de la religiosidad en función de la religión del individuo.

Asimismo, se observó que los hombres y mujeres presentaron similares medias de consumo de alcohol (=11.82 vs. =10.62, respectivamente). Esto difiere con un estudio descriptivo, realizado en el año 2014 por García y Rodríguez, donde se mostró que los pacientes varones diagnosticados con VIH presentaron mayores prevalencias de consumo de alcohol (45%) en comparación a las mujeres (20%). Los resultados del presente estudio pueden explicarse debido al cambio cultural y tradicional del género. Actualmente, las mujeres tienen un mayor involucramiento en las prácticas que antes solo eran reservadas para los hombres, incluidas las conductas de riesgo como lo es el consumo de alcohol (Fernández, Dema & Fontanil, 2018). Dichos resultados demandan la atención del profesional de la salud, especialmente a la población femenina, pues es más vulnerable a los efectos tóxicos orgánicos inducidos por el alcohol (Fernandez-Solà, 2007).

En relación con el segundo objetivo, los participantes de 35 a 51 años presentaron mayores medias de religiosidad, en comparación con los participantes de 18 a 34 años y de 52 a 67 años (aunque este último grupo de edad obtuvo una puntuación muy cercana). Esto es similar a lo encontrado en un estudio en adultos con VIH (Adong, 2008), donde se muestra que los participantes de 39 a 65 años tienen mayores medias de religiosidad en comparación a los más jóvenes. La explicación de esta tendencia suele tener dos vertientes: el efecto de la edad y el efecto de la cohorte. La hipótesis del efecto de la edad consiste en que las personas tienden a volverse más religiosas conforme aumenta su edad. Por otro lado, el efecto de la cohorte va de la mano con el proceso de secularización (considerado como la pérdida de los valores y comportamientos propios



de las religiones). La secularización se observa en diversas regiones del mundo, donde los individuos de las generaciones más recientes suelen reportar menor religiosidad en comparación con las cohortes que les preceden. En este sentido, estudios como el de Shulgin, Zinkina y Korotayev (2019) realizado en 16 países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), respalda que las personas se vuelven más religiosas con la edad, al menos en países altamente desarrollados. Aunque México forma parte de la OCDE, no hubo datos disponibles para analizar. En todo caso, los hallazgos ubican al segmento de los más jóvenes en una posible desventaja, sobre todo si se sostiene la premisa de que la religiosidad constituye un factor socializador (Dunbar, 2020) y protector para el bienestar del individuo (Dilmaghani, 2017).

Respecto al consumo de alcohol, aunque se observaron mayores medias de consumo de alcohol en el grupo de edad de 35 a 51 años, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de edad. Esto indica que el consumo de alcohol es similar entre los diferentes segmentos etarios. De acuerdo con estos resultados, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 señaló que para el año 2016 aumentó el consumo excesivo de alcohol en la población adulta de 18 a 65 años pertenecientes a la región nororiental, donde se encuentra la muestra del presente estudio. Una probable explicación puede ser la amplia aceptación social del consumo de alcohol; incluso el inicio de este muchas veces se da y promueve en el núcleo familiar. Esto ocasiona que la percepción de riesgo de la población sea baja (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017).

En cuanto al tercer objetivo específico, se observó que los pacientes con VIH que refirieron ser ateos presentaron mayores medias de consumo de alcohol, en comparación con quienes eran católicos o evangélicos. De acuerdo con estos resultados, un estudio mostró que entre los participantes diagnosticados con VIH pertenecer a alguna religión se asocia con niveles más bajos de influencias sociales (directas o indirectas) hacia el consumo de alcohol (Johnson et al., 2008). Esto puede deberse a que la pertenencia a una religión predice un efecto positivo en el bienestar espiritual del individuo, ejemplificado con la reducción del consumo de alcohol, al proporcionar una forma alternativa de controlar el dolor, estrés u otros problemas (Drerup, Johnson, & Bindl, 2011). Además de las prohibiciones institucionales abiertas contra el consumo de alcohol, la asistencia a reuniones y servicios religiosos puede brindar apoyo entre pares y reforzar las normas sobre el consumo mínimo o nulo de alcohol (Adong et al., 2018).



Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio profundizan la comprensión de la religiosidad como un factor culturalmente relevante que puede tener beneficios para los pacientes con VIH. En especial, como un posible factor protector de conductas no saludables, como el consumo de alcohol. Los resultados demandan una exploración rigurosa de los efectos de la religiosidad mediante diseños experimentales, de modo que se confirmen sus beneficios y se contribuya a su posterior incorporación dentro de intervenciones de enfermería para prevenir el consumo de alcohol.

Referencias

- Adong, J.; Lindan, C.; Fatch, R.; Nneka, I.E.; Muyindike, W.R.; Ngabirano, C. et al. (2018). The Relationship Between Spirituality/Religiousness and Unhealthy Alcohol Use Among HIV-Infected Adults in Southwestern Uganda. *AIDS Behaviour*, 22, 1802–1813.
- Agadjanian, V. (2005). Gender, Religious Involvement, and HIV/AIDS Prevention in Mozambique. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1529–1539. doi: <10.1016/j.socscimed.2005.03.012>.
- Barve, S.; Kapoor, R.; Moghe, A.; Ramírez, J.A.; Eaton, J.W.; Gobejishvili, L. et al. (2010). Focus on the Liver: Alcohol use, highly Active Antiretroviral Therapy, and Liver Disease in HIV-Infected Patients. *Alcohol Research & Health*, 33(3), 229–236.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (6a ed.). Missouri: Saunders.
- Díaz-Heredia, L.P. & Muñoz-Sánchez, A.I. (2013). Spirituality and Low-risk Consumption of alcohol in Young Adults. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 287–294.
- Dilmaghani, M. (2017). Religiosity and Subjective Wellbeing in Canada. *Journal of Happiness Studies*, 19(3), 629–647. doi: <10.1007/s10902-016-9837-7>.
- Drerup, M.L.; Johnson, T.J. & Bindl, S. (2011). Mediators of the Relationship Between Religiousness/Spirituality and Alcohol Problems in an Adult Community Sample. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1317–1320. doi: <org/10.1016/j.addbeh.2011.07.013>.



- Dunbar, R.I.M. (2020). Religiosity and Religious Attendance as Factors in Wellbeing and Social Engagement. *Religion, Brain & Behavior*, 1–10. doi: <10.1080/2153599x.2020.1712618>.
- Galvan, F.H.; Collins, R.L.; Kanouse, D.E.; Pantoja, P. & Golinelli, D. (2007). Religiosity, Denominational Affiliation, and Sexual Behaviors Among People With HIV in the United States. *Journal of Sex Research*, 44(1), 49–58. doi: <10.1080/00224490709336792>.
- García, I. & Rodríguez, M. (2014). Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/sida. *Acta Universitaria*, 24(4), 3–14.
- Fernández M.A.; Dema, S. & Fontanil, Y. (2018). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260–273.
- Fernández-Solà J. (2007). Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *JANO*, 26(1636), 27–32. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2226937>>.
- Hahn, J.A.; Emenyonu, N.I.; Fatch, R.; Muyindike, W.R.; Kekiibina, A.; Carrico, A.W. et al. (2015). Declining and Rebounding Unhealthy Alcohol Consumption During the first year of HIV Care in Rural Uganda, using Phosphatidylethanol to Augment Self-report. *Addiction*, 111(2), 272–279.
- Hendershot, C.S.; Stoner, S.A.; Pantalone, D.W. & Simoni, J.M. (2009). Alcohol use and Antiretroviral Adherence: Review and Metaanalysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 52(2), 180–202.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Religión*. <<https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2017–2017: Reporte de Alcohol*. Ciudad de México, México: INPRFM. <https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf>.
- Jacquet, J.-M.; Peyriere, H.; Makinson, A.; Peries, M.; Nagot, N.; Donnadieu-Rigole, H. & Reynes, J. (2018). Psychoactive Substances, Alcohol and Tobacco Con-



sumption in HIV-Infected Outpatients. *AIDS*, 32(9), 1165–1171. doi: <10.1097/QAD.0000000000001830>.

Jiménez, M. & Posada, A. (2018). Religiosidad como factor protector en la dependencia al alcohol y cigarrillo en una investigación en estudiantes universitarios. En A.D. Marcano-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (Barranquilla, Colombia: CUR, 151–177.

Johnson, T.J.; Sheets, V.L. & Kristeller, J. (2008). Identifying Mediators of the Relationship Between Religiousness/Spirituality and Alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 160–170.

López, M.A.; Castillo, L.C.; Morales, R.G.; Telumbre, J.Y.; López, K.S. & Armendáriz, N.A. (2017). Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12). <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388250148004/html/index.html>>.

Nkosi, S.; Rich, E.P.; Kekwaletswe, C.T. & Morojele, N.K. (2016). Experiences of Alcohol Consumption and Taking Antiretroviral Medication Among Men Living with HIV in Tshwane, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 15(4).

Obel, N.; Omland, L.H.; Kronborg, G.; Larsen, C.S.; Pedersen, C.; Pedersen, G. et al. (2011). Impact of non-HIV and HIV Risk Factors on Survival in HIV-infected patients on HAART: a Population-based Nationwide Cohort Study. *PLoS One*, 6, e22698.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Guía práctica de investigación en salud*. Washington, D.C.: OPS. <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237657>>.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Reporte Global de Alcohol y Salud 2018*. Geneva: World Health Organization. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>>.

Othman, Z.; Fadzil, N.A.; Zakaria, R.; Jaapar, S.Z. & Husain, M. (2015). Religiosity in Malay Patients with HIV/AIDS: Correlation with Emotional Distress. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 23(2), 170–174. doi: <10.5829/idosi.mejsr.2015.23.02.9295>.



- Rehm, J.; Gmel Sr, G.E.; Gmel, G.; Hasan, O.S.; Imtiaz, S.; Popova, S.; ... & Shuper, P.A. (2017). The Relationship Between Different Dimensions of Alcohol use and The Burden Of Disease-an Update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. doi: <10.1111/add.13757>.
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México, D.F.: Secretaría de Salud. <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>>.
- Shulgin, S.; Zinkina, J. & Korotayev, A. (2019). Religiosity and Aging: Age and Cohort Effects and Their Implications for the Future of Religious Values in High-Income OECD Countries. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 58(1), 1–13. doi: <10.1111/jssr.12613>.
- Taunay, T.C.; Cristino, E.D.; Machado, M.O.; Rola, F. H.; Lima, J.W.O.; Macedo, D.S. & Carvalho, A.F. (2012). Development and Validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 76–81.
- Teixeira, C.; Dourado, M.L.; Santos, M.P. & Brites, C. (2013). Impact of use of Alcohol and Illicit Drugs by AIDS Patients on Adherence to Antiretroviral Therapy in Bahia, Brazil. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 29(5), 799–804.
- Vagenas, P.; Azar, M.M.; Copenhaver, M.M.; Springer, S.A.; Molina, P.E. & Altice, F.L. (2015) The Impact of Alcohol use and Related Disorders on the HIV Continuum of Care: a Systematic Review Alcohol and the HIV Continuum of Care. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(4), 421–436.
- Vargas-Valle, E.D. & Martínez-Canizales, G. (2015). La relación entre el abuso de alcohol y la religión en los adolescentes mexicanos. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(1), 1–22.
- Williams, E.C.; Bradley, K.A.; Balderson, B.H.; McClure, J.B.; Grothaus, L., McCoy, K.I. & Catz, S.L. (2014). Alcohol and Associated Characteristics Among Older Persons Living with Human Immunodeficiency Virus on Antiretroviral Therapy. *Substance Abuse*, 35, 245–253. doi: <10.1080/08897077.2014.890997>.







CAPÍTULO 10

PROBLEMAS CONDUCTUALES DEL HIJO CON SOBREPESO Y OBESIDAD

BEHAVIORAL PROBLEMS OF THE OVERWEIGHT AND OBESE CHILD

Daniel Martínez-Morante,¹ Gustavo Gutiérrez-Sánchez,²
Hermelinda Ávila-Alpírez,^{3*} Jesús Alejandro Guerra-Ordóñez,⁴
Juana María Ruiz-Cerino,⁵ Yolanda Flores-Peña⁶

1. Licenciado en Enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
2. Doctor en Psicología Internacional. Profesor de Tiempo Completo y director de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato).
3. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Profesora de Tiempo Completo y coordinadora de Investigación de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Correspondencia: <havila@docentes.uat.edu.mx>.
4. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
5. Doctora en Metodología de la enseñanza. Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
6. Doctora en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Facultad de Enfermería. Monterrey, Nuevo León. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).

Dirección Postal: Avenida del Maestro y Marte, SN, Colonia Alianza. C. P. 87410, Heroica Matamoros, Tamaulipas, México.



Resumen

Introducción. Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el número de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios. **Objetivo.** Describir los problemas conductuales del hijo con sobrepeso y obesidad. **Métodos.** Participaron 168 diadas, madre-hijo en edad escolar desde 6 a 11 años ($M=8.54$); el 54.8% ($n=92$) correspondía al sexo masculino y el 45.2% ($n=76$) al sexo femenino; el 48.8% ($n=82$) de los hijos presentó sobrepeso, mientras que el 51.2% ($n=86$) presentó obesidad. Las madres contestaron el instrumento Lista de Verificación de Conductas, se utilizó estadística descriptiva, prueba de Kolmogorov Smirnov y U de Mann-Whitney. **Resultados.** Según los resultados, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de categoría de peso ($p<.001$) mostrando que las madres de hijos con obesidad señalaron mayores problemas conductuales de sus hijos relacionados con el peso en la escala problemas, que las madres de hijos con sobrepeso ($M=56.47$ vs $M=47.59$). Se encontró que las conductas de la subescala alimentación son las que más representan un problema para las madres de hijos con sobrepeso y obesidad ($M=33.00$). Las 3 conductas de mayor problema en toda la escala fueron la conducta «Come snack o botanas no saludables» ($M=3.63$), «Come demasiado» ($M=3.48$) y «Ve demasiada televisión» ($M=3.47$). **Conclusiones.** Los resultados denotan la necesidad de tratar por medio de intervención los problemas conductuales del hijo, así como indagar más sobre este fenómeno dada la información muy limitada que existe.

Palabras clave: Conducta Alimentaria, obesidad, sobrepeso, peso corporal.

Abstract

Introduction. According to the World Health Organization (2017), the number of children and adolescents between the ages of 5 and 19 with obesity has multiplied by 10 in the world in the last four decades. **Objective.** The objective of the study was to describe the behavioral problems of the overweight and obese child. **Methods.** 168 dyads participated, mother-child of school age from 6 to 11 years old ($M = 8.54$), 54.8% ($n = 92$) corresponded to males and 45.2% ($n = 76$) to females, 48.8% ($n = 82$) of the children presented overweight while 51.2% ($n = 86$) presented obesity. The participating mothers answered the Lifestyle Behaviour Checklist research instrument. **Results.** according to the results, significant differences were found between the two

weight category groups ($p < .001$) showing mothers of children with obesity revealed greater behavioral problems related to weight on the problem scale, than mothers of overweight children ($M = 56.47$ vs. $M = 47.59$). It was found that behaviors of the feeding subscale are the ones that most represent a problem for mothers of overweight and obese children ($M = 33.00$). The 3 most problematic behaviors on the scale were «Eats unhealthy snacks» ($M = 3.63$), «Eat too much» ($M = 3.48$) and «Watch too much television» ($M = 3.47$). *Conclusions.* The results demonstrate the need to treat the behavioral problems of the child through intervention, as well as to inquire further about this phenomenon due to the limited information that exists.

Keywords: Feeding behavior, obesity, overweight, body weight.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) menciona que la obesidad (OB) ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren como mínimo 2.8 millones de personas a causa de la OB o sobrepeso (SP). La OMS (2018) dio a conocer que desde 1975 la OB casi se ha triplicado en todo el mundo puesto que, en el 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían SP o eran obesos. Respecto a los niños y adolescentes de 5 a 19 años, ha aumentado de forma alarmante, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. En cuanto a América Latina y el Caribe, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) el panorama señala que el 7.2% de los niños menores de 5 años viven con SP, lo cual se traduce a un total de 3.9 millones de niños, de los cuales 2.5 millones viven en Sudamérica, 1.1 millones en Centroamérica y 200 000 en el Caribe.

Por su parte, en México se ha identificado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) que en la población escolar de 5 a 11 años la prevalencia de SP es de 17.9 y la de OB es de 15.3% (combinada de 33.2%). En Tamaulipas, de acuerdo con la ENSANUT (2012), la prevalencia de SP y OB en los menores de 5 años en el estado en 2012 fue de 12.7%, mientras que la prevalencia de SP y OB en niños en edad escolar fueron de 18.6 y 20.3%, respectivamente (suma de 38.9%).

Por otra parte, en los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación

se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (Bell & Rolls, 2003; Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).

Respecto a lo anterior, el estudio de la conducta alimentaria ha probado ser útil como indicador de la probabilidad de aumento de masa grasa con el tiempo, lo cual puede constituir un elemento fundamental para predecir el SP y la OB de forma precoz, contrario al Índice de Masa Corporal (IMC) que en edades tempranas no parece ser buen predictor de la incidencia de morbilidad asociada a OB en el adulto (Oyarce, Valladares, Elizondo, 2016).

Los niños con problemas de conducta presentan, en general, un peor estado de salud y una peor calidad de vida (CV) que los de la población general. La CV de los padres también se ve notablemente afectada por los problemas de conducta de sus hijos (Cachadiña, Ajram, Lostal, Esteve & Santamaría, 2015), aun cuando son ellos quienes pueden ayudar a la formación de actitudes y conductas de alimentación de sus hijos, según Araujo (2018).

En este sentido, se considera que la madre es quien más influencia tiene sobre la formación de la conducta alimentaria, puesto que la elección alimentaria es determinada por sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y preparaciones alimentarias, por lo que su rol es fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias que condicionan el estado nutricional de los hijos en etapas posteriores de la vida (Ruiz et al., 2016).

Los problemas conductuales pueden describirse como un conjunto de dificultades socioemocionales que se manifiestan en diferentes conductas de los niños, y que suelen generar dificultades entre los padres y los hijos, con los pares, entre otros. Sin embargo, un tipo de conducta puede ser más conflictiva para un tipo de adulto que para otro, dependiendo de las normas, valores, la historia personal y el medio sociocultural al que pertenece; esa perspectiva de los adultos influirá en lo que se considere problemático o no respecto a un niño (Gómez, Santelices, Gómez, Rivera & Farkas, 2014). Entre las conductas que más representan problema para la madre se encuentran: ve mucho la televisión, come demasiado y come muy rápido (Flores et. al, 2015; West & Sander, 2009). Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue describir los problemas conductuales del hijo con sobrepeso y obesidad.

Métodos

El estudio fue de tipo descriptivo transversal, debido a que se buscó describir e identificar los problemas conductuales del hijo relacionados con el peso, y de corte transversal ya que solo se recabaron los datos una sola vez en la población. La población de estudio se conformó por diadas madre-hijo, estos últimos en edad escolar de 6 a 11 años, los cuales estaban inscritos en el periodo escolar 2018-2019 y asistan a la institución de educación pública primaria Modelo, ubicada en la ciudad de Heroica Matamoros, Tamaulipas. La selección de los participantes se realizó de manera no probabilística y por conveniencia debido a la gran negativa y la poca disponibilidad de los sujetos a formar parte de la muestra. La muestra considerada fue de 200 madres; la muestra final fue de 168 madres que decidieron participar. Como criterios de inclusión para las madres, se consideraron mujeres que se identificaran como madres del menor, y respecto a los hijos con SP y Obesidad en edades entre 6-11 años y de ambos géneros.

Para la presente investigación se realizaron medidas antropométricas al hijo de acuerdo con la técnica establecida por la OMS. Para la medición del peso se utilizó una báscula marca Seca, modelo 813, con capacidad para 150 kilogramos, precisión de 0.1 kilogramo. La talla se midió con un estadiómetro marca Seca 213, posteriormente se calculó el IMC del hijo por medio de la fórmula establecida (peso en kilos por el cuadrado de la talla en metros, k/m^2) y clasificado según la OMS en sus tablas simplificadas de IMC por edad en Puntuación Z.

Se aplicó una Cédula de Datos Sociodemográficos; en esta se solicitó información como escolaridad, edad, estado civil materno, así como edad y sexo del hijo. Para la obtención de los datos se aplicó la versión traducida del Cuestionario Lista de Verificación de Conductas (LVC) realizado por West y Sanders (2009) y traducido por investigadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El cuestionario LVC se integra por dos escalas: la escala de Problemas Conductuales y la escala de Autoeficacia Materna (AM) para manejar estos problemas conductuales; cada escala consta de 25 reactivos.

La escala problemas tiene opciones de respuesta tipo Likert que van de 1) Nada, 2 y 3) Poco, 4) Algo, 5 y 6) Mucho y 7) Muchísimo. Ejemplos de reactivos son: «Exige porciones extra de comida», «Ve demasiada televisión» y «Se queja porque no le queda la ropa»; la suma del puntaje mínimo obtenido es de 25 y el máximo de 175. La escala de AM para manejar estos problemas conductuales tiene opción de respuesta que va de 1 a 10, donde el puntaje obtenido oscila entre 25 y 250; en ambas escalas una puntuación mayor representa mayor problema o mayor autoeficacia para manejarlo respectivamente. El cuestionario LVC se diseñó para aplicarse a padre/madre de niños

con edad entre 4 y 11 años; ha reportado una consistencia interna de .97 para la escala problemas y .92 para la escala AM.

La presente investigación se llevó a cabo bajo los lineamientos del Reglamento de la *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud* (1987), por lo cual se sometió a aprobación de la comisión de Ética e Investigación de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, UAT, así como de las autoridades de las instituciones educativas. Posterior a la aprobación, el desarrollo de la investigación fue realizado por personal profesional de la salud capacitado que garantizará el bienestar e integridad de las madres e hijos.

Aprobado el proyecto, se asistió a la escuela y se pidió la autorización del personal directivo, se asignó el espacio físico para trabajar, así como listados por grupo de los alumnos inscritos en la institución educativa. Posterior a la selección a conveniencia, se acordaron los horarios con el fin de no afectar la dinámica escolar de los alumnos. Se explicó a los niños que bajo su asentimiento se realizarían las mediciones y en caso de que no desearan participar no provocaría ninguna represalia en su contra, así como los objetivos del proyecto brevemente y de una manera sencilla de entender para los niños; se les adjuntó al cuaderno de tareas el aviso para solicitar la autorización de las madres si estaban de acuerdo en que sus hijos se le realizaran mediciones antropométricas.

Posteriormente, se procedió a realizar las mediciones antropométricas a los niños, que llevaron el aviso firmado por la madre dando autorización; este procedimiento se llevó a cabo para identificar a los niños que presentaban SP y OB, se apegó al horario y área dispuesta por las autoridades del plantel educativo. Identificados los niños con SP y OB, se convocó a una reunión con las madres de dichos niños, invitándolas a participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado. Al término de la reunión informativa se solicitó a las madres que estuvieron de acuerdo en participar, contestaran la cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario LVC.

Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 25.0. Se determinó la confiabilidad del cuestionario LVC mediante el Alpha de Cronbach (α). Se utilizó estadística descriptiva y frecuencias y porcentajes para las variables continuas y categóricas respectivamente. Para analizar los datos del LVC se dividió en Escala Problemas y Escala Autoeficacia Materna; dentro de cada escala los reactivos se agruparon en 3 Subescalas: Alimentación, Actividad Física, y Peso.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para calcular la distribución de los datos, mientras que para identificar si los problemas conductuales del hijo son distintos, según la categoría del peso del hijo, se realizó estadística descriptiva y se obtuvieron

y compararon medias, con intervalo de confianza y se realizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio de los problemas según la categoría del peso del hijo e identificar si hay diferencia entre estos grupos. Para determinar y describir cuáles son las conductas que las madres de hijos con SP y OB consideran más un problema, se realizaron análisis descriptivos donde se compararon medias de las subescalas, así como de las conductas de manera individual.

Resultados

La consistencia interna del instrumento resultó con una confiabilidad muy alta con un α de .94, mientras que en la escala problema se consideró un α aceptable con .84; en las 3 subescalas de esta última el α fluctuó desde .71 hasta .80, lo cual se considera aceptable (tabla 1).

Tabla 1.

Consistencia Interna del Instrumento LVC y Subescalas

Escala	Reactivos	α
Escala Problemas conductuales	25	.84
Subescala Alimentación	1-15	.80
Subescala Actividad Física	16-19	.71
Subescala Peso	20-25	.78
Escala Total	50	.94

Nota: α =Alpha de Cronbach.

La edad promedio de los hijos fue de 8.54 años. El 54.8% (n=92) correspondía al sexo masculino y el 45.2% (n=76) al sexo femenino. Según la categoría de peso, se identificó que el 48.8% (n=82) de los hijos presentó SP, mientras que el 51.2% (n=86) presentaron OB. La prevalencia de SP fue mayor en el sexo masculino con un 52.2% (n=48), mientras que la OB fue la mayor para el sexo femenino con un 55.3% (n=42), (tabla 2).

Tabla 2.

Estadística descriptiva de la categoría del peso del hijo, según el sexo

			Categoría de Peso		Total	% Sexo del hijo
			SP	OB		
Sexo del hijo	Masculino	f	48	44	92	54.8%
		% categoría de peso	52.2%	47.8%	100.0%	
	Femenino	f	34	42	76	45.2%
		% categoría de peso	44.7%	55.3%	100.0%	
Total		f	82	86	168	100%
		% categoría de peso	48.8%	51.2%	100.0%	

Nota: f=Frecuencia, SP= Sobrepeso, OB= Obesidad.

Posteriormente, se aplicó la prueba de normalidad donde se obtuvo una significancia estadística de ($p=.004$) en la escala problemas, lo que determinó que los datos no presentaron distribución normal, por lo que se dispuso el uso de estadística no paramétrica para el análisis de los datos. Para examinar si los problemas conductuales de los hijos relacionados al peso son diferentes de acuerdo con la categoría de peso del hijo, se agrupó a los participantes en dos categorías: SP y OB; por tanto, el grupo con SP se integró por 82 hijos (48.8%) y el grupo con OB por 86 (51.2%). Se obtuvieron valores promedio e intervalos de confianza de acuerdo con la categoría de peso del hijo (tabla 3).

Tabla 3.

Análisis descriptivos de la escala Problemas con relación al peso del hijo

		M	DE	95% del ic	
				LI	LS
Escala Problemas	SP	47.59	10.66	45.24	49.93
	OB	56.47	16.55	52.92	60.01
Subescala Alimentación	SP	30.10	7.17	28.52	31.67
	OB	35.77	11.27	33.35	38.18
Subescala Actividad Física	SP	10.23	4.41	9.26	11.20
	OB	10.99	4.76	9.97	12.01
Subescala Peso	SP	7.26	2.44	6.72	7.79
	OB	9.71	5.01	8.64	10.78

Nota: LI= Límite Inferior, M=Media, LS= Límite Superior, IC=Intervalo de Confianza, DE=Desviación Estándar.

Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio de los problemas conductuales por grupo con SP y OB, se encontraron diferencias significativas en 2 de las 3 subescalas ($p=.001$, $p=.319$, $p<.001$) entre los dos grupos de categoría de peso se observó que las madres de niños con OB señalaron mayores problemas conductuales de sus hijos por subescalas; de igual manera, por escala se obtuvo una diferencia significativa ($p<.001$), donde en la subescala peso las madres de hijos con OB mostraron rangos promedios más altos ($Rp=98.43$), mientras que la subescala con rangos más altos en madres de hijos con SP fue la subescala Actividad Física ($Rp=80.68$) (tabla 4).

Tabla 4.

Prueba U de Mann-Whitney para comparar rangos promedios

	Categoría peso de hijo	R a n g o promedio	U de Mann-Whitney	<i>p</i>
Escala Problemas	SP	70.80	2403.000	.000
	OB	97.56		
Subescala Alimentación	SP	71.38	2450.500	.001
	OB	97.01		
Subescala Actividad Física	SP	80.68	3213.000	.319
	OB	88.14		
Subescala Peso	SP	69.89	2328.000	.000

Nota: P= Sig. asintótica (bilateral).

Por último, para describir los problemas conductuales del hijo con SP y OB, se encontró que las conductas de la subescala alimentación son las que más representan un problema para las madres de hijos con SP y OB ($M=33.00$). Dentro de la subescala Alimentación la conducta que más representa un problema para las madres fue «Come snack o botanas no saludables» ($M=3.63$), mientras que en la subescala Actividad Física fue la conducta «Ve demasiada televisión» ($M=3.47$), y por último en la subescala peso fue la conducta «Se queja de no tener buena condición física». Las 3 conductas de mayor problema en toda la escala problema fueron la conducta «Come snack o botanas no saludables» ($M=3.63$), «Come demasiado» ($M=3.48$) y «Ve demasiada televisión» ($M=3.47$), (tabla 5).

Tabla 5.*Análisis descriptivo de las conductas de la escala problemas*

Conducta	M	DE	95% del IC	
			LI	LS
Subescala Alimentación	33.00	9.886	31.49	34.51
Come muy rápido	3.02	1.679	2.76	3.27
Come demasiado	3.48	1.468	3.26	3.71
Come snack o botanas no saludables	3.63	1.307	3.43	3.82
Se queja o lloriquea por la comida	1.86	1.414	1.65	2.08
Grita por la comida	1.26	.752	1.15	1.38
Hace berrinches por la comida	1.54	1.115	1.37	1.71
Rechaza comer ciertos alimentos	2.92	1.805	2.65	3.20
Discute por la comida	1.99	1.378	1.78	2.20
Exige porciones extra de comida	2.65	1.354	2.44	2.86
Continuamente pide algo de comer entre comidas	3.08	1.538	2.85	3.32
Exige alimento cuando van de compras o de paseo	2.55	1.353	2.35	2.76
Come a escondidas, a pesar de que sabe que no debería hacerlo	1.61	1.173	1.43	1.79
Esconde los alimentos	1.20	.714	1.09	1.31
Le quita los alimentos a otros niños	1.02	.188	1.00	1.05
Come para consolarse cuando se siente triste o deprimido	1.17	.576	1.08	1.25

Tabla 5. Continuación*Análisis descriptivo de las conductas de la escala problemas*

Subescala Actividad Física	10.62	4.600	9.92	11.32
Ve demasiada televisión	3.47	1.677	3.21	3.73
Pasa mucho tiempo jugando videojuegos o en la computadora	3.05	1.700	2.79	3.31
Se queja acerca de hacer actividad física	2.28	1.567	2.04	2.52
Se niega a hacer actividad física	1.82	1.293	1.62	2.01
Subescala Peso	8.51	4.147	7.88	9.14
Se queja de no tener buena condición física	1.64	1.186	1.46	1.82
Se queja de tener sobrepeso	1.49	1.032	1.33	1.65
Se queja de que le hacen burla	1.36	.912	1.22	1.50
Se queja de no tener suficientes amigos	1.39	.973	1.24	1.54
Se queja de no ser atractivo	1.08	.424	1.01	1.14
Se queja de que su ropa no le queda	1.55	1.237	1.37	1.74

Nota: **LI**= Límite Inferior, **LS**= Límite Superior, **IC**= Intervalo de Confianza **M**=Media.

Discusión

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir los problemas conductuales del hijo con sobrepeso y obesidad, y de acuerdo con los resultados se realizó una comparación con resultados de investigaciones previas con las mismas variables de estudio o similares. Sin embargo, cabe mencionar que los estudios en los que se ha aplicado el Cuestionario LVC a una población hispanohablante o mexicana son restringidos, lo cual limita la comparación y discusión de los resultados encontrados en el presente estudio.

El grupo con **SP** se integró por 82 hijos (48.8%) y el grupo con **OB** por 86 (51.2%), lo cual determina que se encontró una cantidad equitativa entre **SP** y **OB** en la muestra

mayor influencia cultural y existe una mayor facilidad de conseguir productos estadounidenses. Así, la escala alimentación es en donde se encontraron medias más altas, lo que demuestra que las conductas del hijo con SP y OB con las que las madres tienen más problemas para manejar son las conductas relacionadas con la alimentación más que con la actividad física.

Conclusiones

El instrumento LVC resultó ser confiable para su uso debido a su consistencia interna considerada aceptable. Respecto al peso de los hijos, aunque las cifras fueron semejantes, predominó la obesidad en los niños, lo cual este se considera grave en población de edad escolar; respecto al sexo del hijo la prevalencia de OB fue mayor en mujeres y la de SP fue mayor en hombres.

El presente estudio permitió conocer qué tanto la madre considera la conducta de su hijo como un problema, y confirmar que madres de hijos con OB consideran más como un problema las conductas de su hijo, en comparación con las madres de hijos con SP. Por lo anterior, concluimos que los problemas conductuales del hijo sí presentaron diferencias según la categoría del hijo, lo que nos demuestra que independientemente de que las categorías de peso SP y OB utilizadas en este estudio sean semejantes al no considerarse de peso saludable, pueden presentar diferencias significativas.

Se encontró que dos de las conductas que más representan un problema para las madres, «Come snack o botanas no saludables» y «Come demasiado», pertenecen a la subescala alimentación, lo que significa que en esta subescala es en donde más se presentan conductas problemáticas del hijo; de igual manera, otra de las conductas que más representan un problema es «Ve demasiada televisión», lo cual significa que en niños de edad escolar con problemas conductuales predominan los de tipo alimenticios al presentar un consumo excesivo, así como no saludable; y de actividad física al practicar el sedentarismo al disponer mucho tiempo a la televisión.

Referencias

- Araujo, E.R. (2018). Autoeficacia materna, problemas conductuales del hijo relacionados con el sobrepeso-obesidad infantil. En Y. Flores, P. M Trejo, H Ávila (eds.). *Mi hijo no está gordito –está lleno de amor relación madre-hijo como factor que favorece el sobrepeso-obesidad infantil, XV años de investigación*. México: Fénix, 61.

- Bell, E.A. & Rolls, B.J. (2003). Regulación de la ingesta de energía: factores que contribuyen a la obesidad. *Conocimientos actuales sobre Nutrición*, 8(4) 34–43. <<http://publications.paho.org/spanish/PC+592+capitulo+4.pdf>>.
- Cachadiña, D.F.; Ajram, M.J.; Lostal, G.M.I., Esteve, C. C. & Santamaría, O.A. (2015). Estudio ÉPOCA sobre el impacto de los problemas de conducta en niños menores de 12 años y sus familias. *Acta Pediátrica Española*, 73(9), 2019–228. <<http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1160-estudio-epoca-sobre-el-impacto-de-los-problemas-de-conducta-en-ninos-menores-de-12-anos-y-sus-familias>>.
- Ek, A.; Sorjonen, K.; Nyman, J.; Marcus, C. & Nowicka, P. (2015). Child Behaviors Associated with Childhood Obesity and Parents' Self-efficacy to Handle Them: Confirmatory Factor Analysis of the Lifestyle Behavior Checklist. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1–13. <<http://doi.org/10.1186/s12966-015-0194-4>>.
- Flores, P.Y.; Cárdenas, V.V.M.; Trejo, O.P.M.; Ávila, A.H.; Ugarte, E.A. & Gallegos, M.J. (2014). Acciones y problemas maternos para manejar el peso del hijo de acuerdo con la percepción materna del peso y edad del hijo. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 822–828. <<http://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7166>>.
- Flores, P.Y.; Rocha, A.L.L.; Cárdenas, V.V.M.; Haslam, D.; Mejía, A. & Sanders, M. (2015). Conductas del estilo de vida del hijo relacionadas con el peso y autoeficacia materna para manejarlas. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 144–150. <<http://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8855>>.
- Gerards, S.M.P.L.; Hummel, K.; Dagnelie, P.C.; de Vries, N.K. & Kremers, S.P.J. (2013). Parental Self-efficacy in Childhood Overweight: Validation of the Lifestyle Behavior Checklist in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 1–10. <<http://doi.org/10.1186/1479-5868-10-7>>.
- Gómez, S.A.; Santelices, A.M.P.; Gómez, G.D.; Rivera, M.C. & Farkas, K.C. (2014). Problemas conductuales en preescolares chilenos: percepción de las madres y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 40(2), 175–187. <<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000300011>>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). 10 datos sobre la obesidad. <<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>>.

- Organización Mundial de la Salud (2018). Obesidad y sobrepeso. <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>.
- Organización Panamericana de la Salud. Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=348:sobrepeso-afecta-poblacion-america-latina-y-caribe&Itemid=314>.
- Osorio, J.; Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr*, 29(3), 280–285. <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>>.
- Oyarce, M.K.; Valladares, V.M.; Elizondo, V.R. (2016). Conducta alimentaria en niños. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1461–1469. <<http://dx.doi.org/10.20960/nh.s10>>.
- Ruiz, de la F.M.; Torres, C.A.; Lara, Q.C.; Torres, M.F.; Rodríguez, F.A. y Parra, F.J. (2016). Estado nutricional de escolares de 4° año de enseñanza básica y su relación con el ingreso económico, conocimiento en alimentación saludable, nutrición y percepción de sus madres. *Perspect Nutr*, 18(2), 143–53. <<https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n2a02>>.
- Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012). Resultados por entidad federativa. Tamaulipas. <<https://ensanut.insp.mx/informes/Tamaulipas-OCT.pdf>>.
- Secretaría de Salud (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>>.
- West, F. & Sanders, M.R. (2009). The Lifestyle Behaviour Checklist: A Measure of Weight-related Problem Behaviour in Obese Children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(4), 266–273. <<http://doi.org/10.3109/17477160902811199>>.





CAPÍTULO 11

PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN EN PREESCOLARES Y ESCOLARES SEGÚN ESTADO NUTRICIO Y PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO

MATERNAL FEEDING PRACTICES IN PRESCHOOL AND SCHOOLCHILDREN ACCORDING TO NUTRITIONAL STATUS AND PERCEPTION OF THE CHILD'S WEIGHT

Perla María Trejo Ortiz,*¹ Roxana Araujo Espino²



1. Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente-Investigador de Tiempo Completo de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Correspondencia: <perlatrejo@uaz.edu.mx>.
2. Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente-Investigador de Tiempo Completo de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato).

Dirección Postal: Carretera Zacatecas-Guadalajara km 6, Ejido La Escondida, C.P. 98160, Zacatecas, Zac.



Resumen

Introducción. La obesidad infantil es un problema que se ha asociado a la subestimación materna del exceso de peso en el hijo, lo que quizá conlleve a prácticas inadecuadas de alimentación. *Objetivo.* Determinar las prácticas maternas de alimentación en preescolares y escolares de Zacatecas, según el estado nutricional y percepción del peso del hijo. *Método.* Se realizó un estudio descriptivo-comparativo en 396 madres y sus hijos preescolares y escolares, seleccionados por muestreo aleatorio estratificado por sexo y grado escolar. La percepción se valoró mediante palabras e imágenes. Las prácticas de alimentación se midieron con el cuestionario de 12 factores de Musher-Eizenman y Holub. A cada niño y su madre se les tomó peso y talla. *Resultados.* El 65.1% de las madres y 30.3% de los niños presentaron sobrepeso u obesidad. Las madres de niños con sobrepeso u obesidad subestimaron el peso de sus hijos (87.5% y 100%, respectivamente). En los niños con obesidad prevaleció el estilo de alimentación de restricción para la salud y restricción para el control de peso. Las madres que subestimaron el peso del hijo ejercían en mayor proporción un estilo de alimentación basado en la regulación emocional y monitoreo ($p < .05$). *Conclusiones.* Para combatir la obesidad infantil, es necesario implementar intervenciones directamente en las madres, encaminadas a modificar la inadecuada percepción del peso del hijo y, en un segundo momento, educar en estilos de alimentación, enfatizando en aquellos que realmente benefician el crecimiento y desarrollo normal de los hijos.

Palabras clave: Alimentación, percepción del peso, peso corporal, preescolar, escolar.

Abstract

Introduction. Childhood obesity is a problem that has been associated with the maternal underestimation of excess weight in the child, which may lead to inappropriate feeding practices. *Objective.* To determine maternal feeding practices in preschool and school children of Zacatecas according to the nutritional status and perception of the child's weight. *Method.* A descriptive-comparative study was carried out in 396 mothers and their preschool and school children, selected by random sampling stratified by sex and school grade. Perception was assessed through words and images. Feeding practices were measured with the Musher-Eizenman and Holub 12-factor questionnaire. Weight and height were taken from each child and his mother. *Results.* 65.1% of the mothers and 30.3% of the children were overweight or obese. Mothers



of overweight or obese children underestimated the weight of their children (87.5% and 100% respectively). In obese children, the diet of restriction for health and restriction for weight control prevailed. Mothers who underestimated their child's weight exercised a higher proportion of a feeding style based on emotional regulation and monitoring ($p < .05$). *Conclusions.* To combat childhood obesity, it's necessary to implement interventions directly in mothers, aimed to modify the inadequate perception of the child's weight and, in a second moment, educating on eating styles, emphasizing those that really benefit normal growth and development of the children.

Keywords: Food, weight perception, body weight, preschool, school.

Introducción

La obesidad infantil, definida como una acumulación por encima de lo normal de la grasa corporal que supone un riesgo para la salud, representa un problema de salud pública en el mundo. Su presencia se ha extendido en países desarrollados y en vías de desarrollo, sobre todo en el medio urbano. Se estima que entre los menores de cinco años hay alrededor de 43 millones con sobrepeso (SP) u obesidad (OB), cifra que proyectada puede llegar a 70 millones para el 2025. Los números anteriores tienden a incrementarse conforme avanza la edad. Entre la población de 5 a 19 años, para el 2016, igualmente había 340 millones con exceso de peso (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En México, país que ocupa el primer lugar en OB infantil, el porcentaje de población de 0 a 4 años con SP es de 8.2%, mayor en las zonas urbanas (8.4%) que en las rurales (7.8%). En el caso de aquellos con edades de entre 5 y 11 años, la prevalencia combinada de SP y OB es de 35.6%, cifra que asciende a 37.9% en el área urbana y 29.7% en la rural (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018).

Existen diversas consecuencias para un niño con OB. El 80% de los casos de diabetes tipo 2 está relacionado con el exceso de peso; además, la malnutrición por exceso en la infancia aumenta la probabilidad de desarrollar síndrome metabólico, hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares (IAM), algunos tipos de cáncer y apnea obstructiva del sueño, sin considerar los trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas y trastornos alimentarios, que sin duda redundan en un mayor gasto sanitario y en la disminución global de la calidad y expectativa de vida (Pérez Herrera y Cruz López, 2019).



Como es reconocido, la obesidad infantil obedece a muchas causas. Figuran los factores hereditarios, hormonales, metabólicos y psicosociales; sin embargo, aquellos relacionados con el ambiente han cobrado especial interés. Hoy día, las dietas ricas en grasas, carbohidratos y bajas en fibra, asociadas a un bajo nivel de actividad física, han predispuesto a los infantes a desarrollar esta enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [ops], 2019). De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020), México es el país mayor consumidor en América Latina de productos ultra-procesados, incluidas las bebidas azucaradas, con las tasas más altas de este consumo entre los niños en edad preescolar, quienes llegan a ingerir alrededor del 40% de sus calorías de esta manera.

En el ambiente en que se desenvuelven los infantes, la madre juega un papel importante, pues es la principal responsable de transmitir a sus hijos prácticas nutricionales y de esta manera incidir en sus comportamientos alimentarios (Anaya García y Álvarez Gallego, 2018). Por tanto, la prevención de problemáticas como el exceso de peso debe hacerse desde etapas tempranas, siendo la primera infancia un momento clave en que los hábitos, en este caso de salud, son aprendidos (Varela Arévalo, Tenorio Banguero y Duarte Alarcón, 2018). Sin embargo, para que la madre realice acciones tendientes a reducir el SP u OB en su hijo, es necesario que esta perciba que su niño tiene malnutrición por exceso.

De acuerdo con diversas investigaciones sobre la percepción materna del peso del hijo, las madres de niños con SP u OB tienden a percibir de manera inadecuada esta situación, es decir, la subestiman (Ahumada Saucedo, Trejo Ortiz y Flores Peña, 2016; Trejo Ortiz y Ahumada Saucedo, 2016). Al respecto, un estudio realizado en Turquía por Yilmaz, Erkorkmaz, Ozcetin & Karaaslan (2013) encontró diferencias significativas entre la subestimación del peso del hijo con el componente emocional y control permisivo, el cual caracteriza el estilo de alimentación autoritario; es decir, cuando la madre subestima el peso de su hijo, esta desea que su hijo coma más (emocional) y le permite comer libremente (control permisivo). Por otro lado, en México, Flores Peña et al. (2017) encontraron que cuando la madre percibe al hijo con peso normal tiende a ejercer un estilo de alimentación autoritario, y cuando lo percibe con SP-OB, un estilo no involucrado, caracterizado por un escaso o nulo monitoreo de lo que el hijo consume.

Derivado de lo anterior, y considerando que los profesionales de la salud pueden aplicar los resultados de estas investigaciones a la hora de educar a las madres respecto a lo que constituye una alimentación saludable, se hizo la presente investigación con el objetivo de determinar las prácticas maternas de alimentación en preescolares y escolares de Zacatecas, según el estado nutricional y percepción de las madres acerca del peso del hijo.

Métodos

Se hizo un estudio descriptivo, comparativo, transversal, en una población de 5926 madres y sus hijos en edad preescolar y escolar inscritos en instituciones públicas y privadas de la capital de Zacatecas. La muestra se calculó para un muestreo aleatorio estratificado con un nivel de confiabilidad de 95%, lo que resultó en un total de 396 madres y sus hijos. En primer lugar, se determinaron al azar cuatro centros educativos (dos escuelas de nivel preescolar y dos primarias, una pública y otra privada). Posteriormente, a través de un muestreo aleatorio estratificado por sexo y nivel escolar, se seleccionaron los participantes.

Se incluyeron las mujeres que se identificaran como madres o tutoras de los menores, así como sus hijos en edad preescolar y escolar (3 a 12 años), sin patologías agudas o crónicas al momento de la encuesta, que no hubieran tenido extremo peso bajo al nacimiento (menos de 2.5 kilos) y en quienes fuera posible tomar medidas antropométricas (peso y talla).

Para la recolecta de datos, se utilizó un formato de datos sociodemográficos y antropométricos de la madre y el hijo. En relación con la madre, se cuestionó la edad, escolaridad, estado civil, peso, talla e índice de masa corporal (IMC). Respecto al hijo, se indagó el sexo, edad, grado escolar, peso, talla, IMC y percentiles para calcular el estado nutricional.

La percepción materna del peso del hijo se evaluó mediante palabras e imágenes. Por palabras a través de la pregunta: ¿Cómo considera el peso de su hijo? Con opciones de respuesta de: a) muy bajo de peso, b) bajo de peso, c) peso normal, d) sobrepeso y e) bastante sobrepeso. Para la percepción por imágenes, se utilizaron una serie de gráficos corporales elaborados por Eckstein et al. (2006) y validadas para población mexicana por Flores Peña, Trejo Ortiz, Gallegos Cabriales y Cerda Flores (2009). Estos fueron creados por un diseñador gráfico considerando la edad, peso corporal y sexo del menor. Dichas imágenes están divididas por rangos de edad (2 a 5 años, 6 a 9 años y 10 a 13 años) y sexo del niño o niña. Cada rango de edad se conforma por siete imágenes divididas de menor a mayor índice de masa corporal (IMC) comenzando por la derecha; estas se clasifican en bajo peso (imágenes 1 y 2), peso normal (imágenes 3, 4 y 5), sobrepeso (imagen 6) y obesidad (imagen 7), como se muestra en la figura 1.

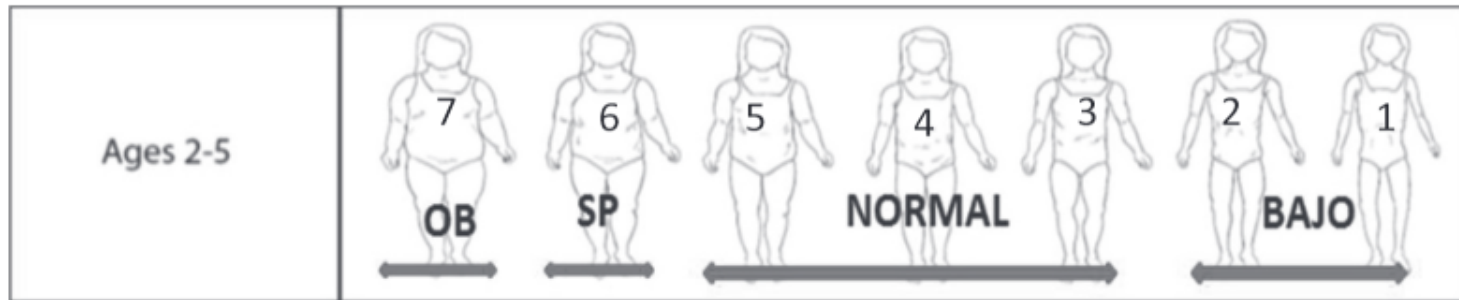


Figura 1. Gráficos para medir la percepción materna por imágenes y su clasificación.
Fuente: Flores Peña et al. (2009)

Para determinar cómo era la percepción, se comparó lo percibido por la madre (por palabras e imágenes) con el estado nutricional del hijo y se clasificó en: a) percepción adecuada, cuando hubo coincidencia entre el estado nutricional del hijo y lo reportado por la madre, y b) percepción inadecuada, pudiendo ser por subestimación (estado nutricional mayor a lo percibido por la madre) o sobreestimación (estado nutricional menor a lo percibido por la madre), como se explica en la tabla 1.

Tabla 1.

Clasificación de la percepción materna por palabras e imágenes según el estado nutricional del hijo

Percepción materna	Estado nutricional	Percepción por imágenes	Percepción por palabras
Adecuada	Bajo peso	Imágenes 1 o 2	Muy bajo de peso o bajo peso
	Peso normal	Imágenes 3,4 o 5	Peso normal
	Sobrepeso	Imagen 6	Sobrepeso
	Obesidad	Imagen 7	Bastante sobrepeso

Tabla 1. Continuación*Clasificación de la percepción materna por palabras e imágenes según el estado nutricional del hijo*

	Peso normal	Imágenes 1 o 2	Muy bajo de peso o bajo peso
Inadecuada por subestimación	Sobrepeso	Imágenes de la 1 a la 5	Muy bajo de peso, bajo peso o peso normal
	Obesidad	Imágenes de la 1 a la 6	Muy bajo de peso, bajo peso, peso normal o sobrepeso
	Bajo peso	Imágenes de la 3 a la 7	Peso normal, sobrepeso o bastante sobrepeso
Inadecuada por sobreestimación	Peso normal	Imágenes de 6 o 7	Sobrepeso o bastante sobrepeso
	Sobrepeso	Imagen 7	Bastante sobrepeso

Fuente: Elaboración propia.

Las prácticas de alimentación infantil fueron valoradas por el cuestionario Holístico de prácticas de alimentación (Musher Eizenman & Holub, 2007). Este instrumento cuenta con 49 reactivos, divididos en 12 factores o estilos de alimentación (tabla 2). Cuenta con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 «Nunca» a 5 «Siempre» para los reactivos del 1 al 13 y, de 1 «En desacuerdo» a 5 «De acuerdo» para las preguntas 14 a la 49. El Alpha de Cronbach encontrado fue de 0.76.

Tabla 2.

Estilos de alimentación valorados mediante el cuestionario holístico de prácticas de alimentación

Estilo de alimentación	Preguntas
Monitoreo	1, 2, 3 y 4
Influencia	17, 30, 39, 49
Restricción para la salud	21, 28, 40 y 43
Restricción control de peso	18, 27, 29, 33, 34, 35, 41 y 45
Enseñanza de la nutrición	25, 31 y 42
Control	5, 6, 10, 11 y 12
Regulación emocional	7, 8 y 9
Equilibrio y variedad	13, 24, 26 y 38
Medio ambiental	14, 16, 22 y 37
Comida como recompensa	23, 36 y 19
Envolvimiento	15, 20 y 32
Modelado	44, 46, 47 y 48

Fuente: Elaboración propia.

Antes de iniciar con la recolecta de datos se solicitó autorización al director de cada una de las escuelas seleccionadas, a quienes se requirieron los listados actualizados de los estudiantes inscritos para realizar la selección aleatoria de los mismos. Identificados los estudiantes participantes, se programó una reunión con las madres a quienes se solicitó su autorización para participar en el estudio; se les expusieron los objetivos de la investigación y la metodología a seguir. A quienes aceptaron participar, se les pidió firmar el consentimiento informado, dejando clara la confidencialidad de la información, la voluntariedad de su participación, así como la libertad de retirarse del estudio cuando lo decidieran, sin que esto tuviera repercusión alguna en los estudios de su hijo(a), tal como lo estipula la *Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos* (Secretaría de Salud, 2014).

En el primer momento se les pidió contestar los cuestionarios y posteriormente se realizaron las mediciones antropométricas tanto de la madre como de su hijo(a) siguiendo la técnica establecida para tal fin. El peso se determinó haciendo uso de una báscula marca SECA con capacidad para 200 kilos, mientras que para la talla se

utilizó una cinta de fibra de vidrio marca SECA. Con estas medidas se calculó el IMC de la madre, clasificado de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS (2021) en: a) bajo peso cuando el IMC fue menor a 18.5 k/m^2 , b) peso normal si el IMC oscilaba de 18.5 a 24.9 k/m^2 , c) sobrepeso si el IMC se encontraba entre 25 y 29.9 k/m^2 u obesidad si era mayor a 30 k/m^2 . Para el caso del infante, el IMC se convirtió a percentiles y se clasificó de acuerdo con los criterios del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2000) en: bajo peso, cuando se obtuvo un percentil menor a tres; peso normal, si los percentiles oscilaban entre 3 y 84; sobrepeso, de 85 a menos de 95, y obesidad, si el percentil era mayor o igual a 95.

La captura y análisis de datos se llevó a cabo en el programa SPSS, versión 20. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión) para caracterizar la muestra y determinar la percepción del peso del hijo, así como los estilos de alimentación. Para comparar los estilos de alimentación de acuerdo con el estado nutricional del hijo y percepción materna del peso de este, se procesaron pruebas de ANOVA de un factor. También se emplearon pruebas de Chi-Cuadrada para comparar la percepción materna del peso del hijo de acuerdo con su estado nutricional. Se manejó un nivel de significancia estadística de .05.

Resultados

Las madres encuestadas presentaron una media de edad de 35.07 años ($DE=7.35$), mínimo de 20 y máximo de 59 años, con una escolaridad promedio de 13.65 años ($DE=6.27$), en su mayoría casadas (67.4%). La edad promedio de los infantes fue de 7.38 años ($DE=2.65$), mínimo de 3 y máximo de 12 años, 46% mujeres y 54% varones; 55.8% de escuelas públicas y 44.2% de escuelas privadas, 34% preescolares y 66% escolares.

Respecto a los datos antropométricos, la mayoría de las madres presentaron SP u OB (65.1%); solo el 34.3% presentó peso normal. En los hijos predominó el peso normal con 65.7%, mientras que la prevalencia combinada de SP y OB fue de 30.3%.

Estilos de alimentación. Con el propósito de tener una calificación global de cada estilo de alimentación, se calcularon índices del 0 al 100 donde un mayor puntaje indicaba mayor predominio del estilo analizado. En la tabla 3 se muestra que el estilo de alimentación basado en el monitoreo fue el que predominó con una media de 78.91 ($DE=19.36$), contrario al estilo de regulación emocional donde se obtuvieron los puntajes más bajos ($=16.85$, $DE=21.43$). Tanto en preescolares como en escolares, igualmente el estilo de alimentación denominado monitero fue el que obtuvo el promedio más alto ($=80.23$, $DE=18.80$; $=78.22$, $DE=19.65$, respectivamente).

Tabla 3.

Índices de los estilos de alimentación general y por escolaridad de los infantes

Estilo de alimentación	General		Preescolares		Escolares	
		DE		DE		DE
Control	41.26	17.82	39.30	17.10	42.28	18.13
Regulación emocional	16.85	21.43	18.25	22.71	16.12	20.73
Equilibrio y variedad	76.08	20.27	75.00	21.46	76.65	19.63
Medio ambiente	51.67	14.34	51.47	14.55	51.77	14.47
Comida recompensa	37.20	25.78	39.39	27.09	36.05	25.04
Envolvimiento	63.76	22.84	61.39	23.60	65.00	22.37
Modelado	71.54	22.64	74.44	23.58	70.02	22.02
Monitoreo	78.91	19.36	80.23	18.80	78.22	19.65
Influencia	49.98	21.70	50.18	21.87	49.87	21.66
Restricción salud	60.10	22.63	61.48	22.86	59.37	22.52
Restricción control peso	43.28	21.12	40.90	20.61	44.53	21.31
Enseñanza nutrición	61.21	17.00	60.72	15.44	61.47	17.79

Nota: = Media o promedio, DE = Desviación estándar.

Percepción materna del peso del hijo de acuerdo con su estado nutricional. Después de comparar la percepción materna del peso del hijo, de acuerdo con su estado nutricional, se encontró que tanto por palabras ($X^2 = 279.44, p < .01$) como por imágenes ($X^2 = 185.07, p < .01$) hubo diferencias significativas. En específico, entre las madres de niños con sobrepeso y obesidad predominó la subestimación del peso del hijo, como se muestra en la figura 2.

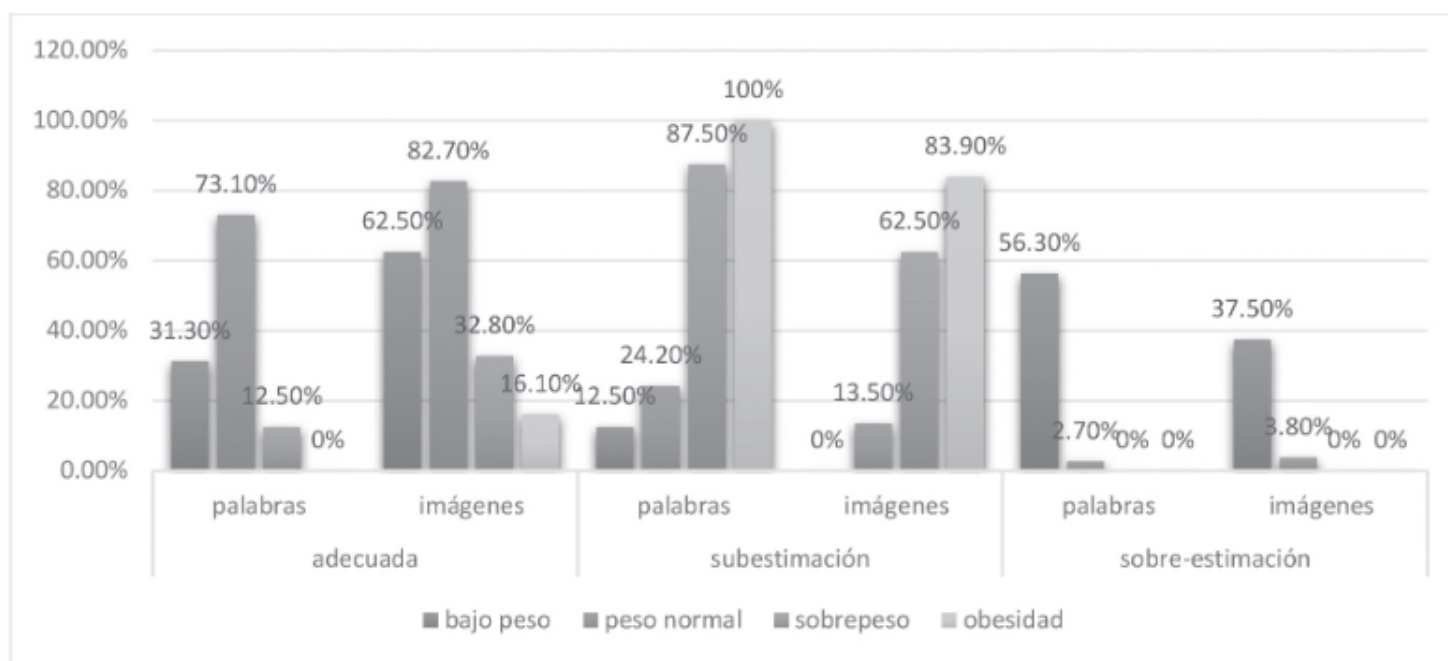


Figura 2. Percepción materna del peso del hijo por palabras e imágenes de acuerdo con el estado nutricional del mismo.

Estilos de alimentación de acuerdo con el estado nutricional del infante. Al comparar el estilo de alimentación de acuerdo con el estado nutricional de los niños, se encontraron diferencias significativas en los estilos de restricción para la salud y restricción de control de peso. Para los estilos de alimentación de restricción para la salud y restricción para el control de peso, que presentaron varianzas iguales, se procesaron comparaciones a través del método de Bonferroni. Se encontró que en los niños con obesidad se ejercen en mayor medida estos estilos de alimentación, en comparación con aquellos que tienen bajo peso, peso normal o sobrepeso (tablas 4 y 5).

Tabla 4.

Resumen de análisis de varianza de un factor para la variable dependiente estilo de alimentación de restricción salud y restricción control peso de acuerdo con el estado nutricional del hijo

Estilo de alimentación	Fuente	suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Valor p
Restricción salud	Intergrupala	6328.37	3	2109.45	4.21	.00
	Intragrupala	196001.96	392	500.00		
	Total	202330.33	395	-		
Restricción control peso	Intergrupala	5002.22	3	1667.40	3.81	.01
	Intragrupala	171249.81	392	436.86		
	Total	176252.04	395	-		

Nota: *Se asumieron varianzas iguales, *gl* = grados de libertad, *F* = puntaje *F* de la prueba, *p* = nivel de probabilidad.

Tabla 5.

Resumen de comparaciones múltiples por el método Bonferroni para las variables dependientes restricción salud y restricción control peso

Variable dependiente	(I) estado nutricional del hijo	(J) estado nutricional del hijo	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Restricción salud	Bajo peso	Obesidad	-10.43*	6.33	-19.39	-1.47
	Normal	Obesidad	-11.58*	3.29	-16.23	-6.92
	Sobrepeso	Obesidad	-7.99*	4.09	-13.77	-2.21

Tabla 5. Continuación*Resumen de comparaciones múltiples por el método Bonferroni para las variables dependientes restricción salud y restricción control peso*

	Normal	Bajo peso	10.47*	5.38	2.86	18.08
		Bajo peso	12.30*	5.84	4.04	20.56
Restricción control de peso	Sobrepeso	Obesidad	-5.97*	3.82	-11.37	-.56
		Bajo peso	18.27*	5.92	9.90	26.65
	Obesidad	Normal	7.80*	3.07	3.45	12.15

Nota: *La diferencia de medias es significativa en el nivel .95.

Al separar el estilo de alimentación de acuerdo con el estado nutricional por grupos de edad, igualmente se encontró que entre los preescolares hubo diferencias significativas en el estilo de alimentación basado en el modelado ($F = 2.61, p = .05$) e índice de restricción control de peso ($F = 2.95, p = .03$), ambos estilos de alimentación más comúnmente empleados entre niños con obesidad en comparación con los de menor peso. Entre los de primaria, las diferencias fueron significativas en los estilos de alimentación de influencia ($F = 2.69, p = .04$) y restricción para la salud ($F = 3.21, p = .02$); el primero más comúnmente empleado en niños con menor IMC, mientras que el segundo entre los niños con obesidad.

Estilos maternos de alimentación de acuerdo con la percepción materna del peso corporal del hijo. Al comparar el estilo de alimentación de acuerdo con la percepción materna del peso del hijo por palabras, se hallaron diferencias significativas en los estilos de alimentación de regulación emocional y monitoreo; específicamente al hacer comparaciones por el método de Bonferroni, se encontró que ambos estilos de alimentación eran más empleados entre las mujeres que subestimaron el peso del hijo (tablas 6 y 7).

Tabla 6.

Resumen de análisis de varianza de un factor para la variable dependiente estilo de alimentación de regulación emocional y monitoreo de acuerdo con la percepción materna del peso corporal del hijo por palabras

Estilo de alimentación	Fuente	suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Valor p
Regulación emocional	Inter-grupal	3343.41	2	1671.705		
	Intra-grupal	178100.71	392	453.182	3.68	.02
	Total	181444.12	392	-		
Monitoreo	Inter-grupal	2163.47	2	1081.73		
	Intra-grupal	145988.35	393	371.47	2.91	.05
	Total	176252.04	395	-		

Nota: *Se asumieron varianzas iguales, *gl* = grados de libertad, *F* = puntaje F de la prueba, *p* = nivel de probabilidad.

PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN EN PREESCOLARES Y ESCOLARES SEGÚN ESTADO NUTRICIO
Y PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO

Tabla 7.

Resumen de comparaciones múltiples por el método Bonferroni para las variables dependientes restricción salud y restricción control peso

Variable dependiente	(I) percepción materna del peso del hijo	(J) percepción materna del peso del hijo	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Regulación emocional	Adecuada	Subestimación	-5.04*	2.18	-7.24	-2.85
	Subestimación	Sobre-estimación	10.49*	5.55	-16.06	-4.92
Restricción control de peso	Adecuada	Subestimación	-4.18*	2.31	-7.30	-2.65

Nota: *La diferencia de medias es significativa en el nivel .95.

De igual manera, al realizar esta comparación de acuerdo con la percepción materna por imágenes, se encontraron diferencias significativas en el estilo de alimentación basado en el modelado, siendo este estilo mayormente empleado por las madres que sobreestiman el peso del hijo (tabla 8).

Tabla 8.

Resumen de análisis de varianza de un factor para la variable dependiente estilo de alimentación de modelado de acuerdo con la percepción materna del peso corporal del hijo por imágenes

Estilo de alimentación	Fuente	suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Valor p
Regulación emocional	Inter-grupal	4718.42	2	2359.21	4.68	.01
	Intra-grupal	197777.13	393	503.25		
	Total	202495.56	395	-		

Nota: *Se asumieron varianzas iguales, *gl* = grados de libertad, *F* = puntaje F de la prueba, *p* = nivel de probabilidad.

Posteriormente, al comparar los estilos de alimentación de acuerdo con la percepción del peso corporal del hijo por palabras y grado escolar de los infantes, en lo preescolares las diferencias significativas se presentaron en el estilo de regulación emocional ($F = 3.04, p = .05$), mismo que obtuvo mayores puntajes entre las mujeres que subestimaron el peso del hijo. En los escolares, fueron los estilos de alimentación de involucramiento ($F = 2.96, p = .05$) y modelado ($F = 4.41, p = .01$), los que presentaron diferencias significativas, el primero más común entre las mujeres con una percepción adecuada, mientras que el segundo entre aquellas que sobreestimaron el peso del hijo.

En cuanto a los estilos de alimentación de acuerdo con la percepción por imágenes y escolaridad del niño(a), se encontró que en los preescolares las diferencias significativas se presentaron en el estilo de alimentación de modelado ($F = 3.14, p = .04$), siendo este mayormente utilizado por las madres que sobreestimaron el peso del hijo. En los escolares, las diferencias se presentaron en el estilo de alimentación de involucramiento

($F = 3.28, p = .03$), modelado ($F = 3.25, p = .04$), restricción para la salud ($F = 3.33, p = .03$), restricción control de peso ($F = 5.18, p = .006$). El estilo de involucramiento mayormente empleado por las madres con una percepción adecuada, mientras que los estilos de modelado, restricción para la salud y restricción control de peso, por aquellas que sobreestimaron el peso del hijo.

Discusión

Los resultados de la presente investigación muestran que los estilos de alimentación empleados por la madre en el hijo preescolar y escolar varían de acuerdo con el estado nutricional del hijo y percepción materna del peso corporal del mismo. En particular, resaltó que los estilos de alimentación basados en restricción para la salud y restricción para el control de peso son mayormente empleados entre los niños con obesidad, resultado que coincide con lo reportado en otros estudios (Nowicka, Sorjonen, Pietrobelli, Flodmark & Faith, 2014; Viana et al., 2019).

Al respecto, González Torres, Esqueda Sifuentes y Vacío Muro (2018) señalan que las prácticas alimentarias coercitivas, donde se incluye la restricción, pueden tener efectos contrarios en los niños, como un consumo excesivo de aquellos alimentos que se limitan o se mantienen fuera del alcance del infante. En este sentido, como lo expresan Nazar et al. (2020), la restricción pudiera predecir conductas alimentarias que conducen a SP-OB en el niño.

Sin embargo, los resultados difieren con lo señalado en la investigación de Flores Peña et al. (2017), quienes encontraron que un IMC del hijo más alto correspondió al estilo materno de alimentación infantil no involucrado, seguido del indulgente, ambos estilos identificados como permisivos y relacionados con resultados negativos en el hijo. Estas diferencias pudieran estar relacionadas a que el estudio mencionado incluyó solo preescolares; además, el instrumento empleado evaluaba las prácticas parentales de alimentación divididas en autoritarias, con autoridad, indulgentes y no involucradas.

Resultados similares se encontraron cuando se comparó el estilo de alimentación de acuerdo con el estado nutricional de los preescolares comparados con escolares. En los primeros, los estilos de modelado y restricción control de peso fueron más comunes entre los niños con OB, mientras que en los escolares fue el de restricción para la salud el más común. Lo anterior refleja que las madres de niños con obesidad aplican estilos restrictivos de alimentación, que perpetúan conforme el niño va creciendo.

Llama la atención que aun cuando los niños preescolares cursaban con exceso de peso, la madre también aplica el estilo de alimentación basado en el modelado, es decir,

busca que las conductas de alimentación aplicadas por ella o quizá la familia en general sean imitadas por los hijos, sobre todo a menor edad del niño (Russell et al., 2018). En este sentido, sería interesante investigar cómo son los estilos de alimentación en la madre o familia para determinar si lo que el infante está aprendiendo como una alimentación correcta realmente cumple con los requisitos de alimentación saludable.

Al comparar el estilo de alimentación de acuerdo con la percepción materna del peso del hijo, destacó que los estilos de alimentación de regulación emocional y monitoreo son mayormente empleados entre las mujeres que subestimaron el peso del hijo. Al respecto, la subestimación del peso corporal del niño por parte de los cuidadores se ha asociado a un patrón de consumo alimentario menos saludable. En este caso, la evidencia ha mostrado que el uso de la alimentación para regular emociones negativas en los infantes se asocia con mayor comer en ausencia de hambre y mayor comer emocional; así, el alto consumo de alimentos no saludables en ausencia de hambre se reforzaría como un mecanismo para controlar el estrés (Nazar et al., 2020).

Igualmente, entre los preescolares el estilo de alimentación de regulación emocional obtuvo mayores puntajes entre las mujeres que subestimaron el peso del hijo, mientras que en los escolares fue el estilo de alimentación de involucramiento el que presentó diferencias significativas, siendo más común entre las mujeres con una percepción adecuada. Este último hallazgo deja clara la importancia de que la madre perciba de manera adecuada el peso del hijo para que esto se traduzca en estilos de alimentación más saludables; como se ha documentado, las prácticas responsivas, entre las que se encuentran el involucramiento, podrían facilitar la instauración de hábitos saludables al incrementar los conocimientos del infante sobre los alimentos, aprender sobre su preparación, encontrarle sentido a ingerirlos y estar familiarizado con ellos (Varela Arévalo, Tenorio Banguero y Duarte Alarcon, 2018).

Resaltó que entre las mujeres que sobreestimaron el peso del hijo escolar son mayormente empleados los estilos de modelado, restricción para la salud y restricción control de peso, lo que implica que en estos niños se está limitando su mecanismo de autorregulación para rechazar la comida no saludable, ya que sitúan el rechazo de esta comida a factores externos y no internos, lo que quizá se traduzca en que al momento de tenerlos disponibles los consuma, lo que aumentaría el riesgo de exceso de sobrepeso en un futuro (Rodríguez Arauz y Ramírez Esparza, 2017).

Contrario a los resultados anteriores, el monitoreo fue la práctica de alimentación mayormente reportada por las madres de niños preescolares y escolares; es decir, las madres indicaron siempre estar al tanto de los dulces, frituras, alimentos altos en grasa o bebidas azucaradas que consumen sus hijos, dato que concuerda con lo reportado por Varela Arévalo, Tenorio Banguero y Duarte Alarcon (2018), quienes reportan una



alta proporción de padres que indican utilizar prácticas responsivas, principalmente el monitoreo del patrón de ingesta de comidas rápidas, dulces, fritos, frutas y verduras. Lo anterior resulta interesante al considerar que otros estudios reportan este estilo de alimentación como predictor del consumo de frutas y en general de un estilo de ingesta saludable (McGowan, Croker, Wardle & Cooke, 2012; Rodgers et al., 2013). En este sentido, sería importante valorar el conocimiento que tienen las madres sobre porciones y alimentación general del infante para que ese monitoreo no se llegue a traducir en prácticas más restrictivas o permisivas que generen efectos perjudiciales para la salud del niño(a).

Similar a los resultados encontrados en otras investigaciones (Ahumada Saucedo, Trejo Ortíz y Flores Peña, 2016; Flores Peña et al., 2017; Vega Grimaldo, Santos Flores, Guevara Valtier, Paz Morales y Gutiérrez Valverde, 2017), los datos arrojados indican que un alto porcentaje de madres de niños con sobrepeso y obesidad subestima el peso corporal del hijo. Lo anterior resulta preocupante si se considera que la madre, al no identificar el exceso de peso en su hijo, tiene pocas posibilidades de verse motivada para involucrarse en estrategias tendientes a limitar o reducir el problema de la obesidad infantil.

Conclusiones

A pesar de que las madres indican utilizar un estilo de alimentación basado en el monitoreo, es evidente que las prácticas de alimentación infantil que emplean son una respuesta al estado nutricional del hijo o a la percepción que tienen del peso corporal del mismo, resaltando que entre los niños con exceso de peso o en quienes su madre tiene una percepción inadecuada de esta situación, predominan las prácticas restrictivas o autoritarias, lo que, contrario a lo que se piensa, se asocian a un índice de masa corporal más alto en el futuro. En este sentido, para combatir la obesidad infantil, es necesario implementar intervenciones directamente en las madres, encaminadas a modificar la inadecuada percepción del peso del hijo y, en un segundo momento, educar en estilos de alimentación, enfatizando en aquellos que en realidad benefician el crecimiento y desarrollo normal de los hijos.

Es necesario continuar con el estudio de esta temática incluyendo variables como el nivel socioeconómico, la escolaridad de la madre y haciendo comparaciones de acuerdo con el sexo del hijo. Asimismo, realizar estudios longitudinales donde sea posible valorar los cambios en los estilos de alimentación, una vez que se implementan intervenciones educativas al respecto y evaluar el impacto real de las prácticas maternas de alimentación en el IMC del menor.



Referencias

- Ahumada Saucedo, J.C.; Trejo Ortiz, P.M. y Flores Peña, Y. (2016). Percepción materna del peso del hijo preescolar con sobrepeso-obesidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2). <<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf162n.pdf>>.
- Anaya García, S.E. y Álvarez Gallego, M.M. (2018). Factores asociados a las preferencias alimentarias de los niños. *Eluthera*, 18, 58-73.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2000). Percentiles de estatura por edad y sexo. <<http://www.cdc.gov/growthcharts>>.
- Eckstein, K.C.; Mikhail, L.M.; Ariza, A.J.; Thomson, J.S.; Scott Millard, C. & Binns, H. (2006). Pediatric Practice Research Group. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117(3), 681-690.
- Flores Peña, Y.; Acuña Blanco, A.; Cárdenas Villarreal, V.M.; Amaro Hinojosa, M.D.; Pérez Campa, M.E. y Elenes Rodríguez, J.R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 51-58.
- Flores Peña, Y.; Trejo Ortiz, P.M.; Gallegos Cabriales, E.C. y Cerda Flores, R.M. (2009). Validez de dos pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. *Salud Pública de México*, 51(6), 489-495.
- González Torres, M.L.; Esqueda Sifuentes, C.N. y Vacío Muro, M.A. (2018). Prácticas alimentarias parentales y su relación con la conducta alimentaria infantil: problemas para la explicación. *Revista Mexicana de Transtornos Alimentarios*, 9(1), 129-142.
- McGowan, L.; Croker, H.; Wardle, J. & Cooke, L.J. (2012). Environmental and Individual Determinants of core and non-core food and Drink Intake in Preschool-aged Children in the United Kingdom. *European Journal of Clinical Nutrition*, 66, 322-328.
- Musher Eizenman, D. & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding Practices Questionnaire. Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 960-972.
- Nazar, G.; Petermann Rocha, F.; Martínez Sanguinetti, M.; Leiva, A.M. Labraña, A.M. Ramírez Alarco, K. et al. (2020). *Revista Chilena de Nutrición*, 47(4), 669-676.



PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN EN PREESCOLARES Y ESCOLARES SEGÚN ESTADO NUTRICIO
Y PERCEPCIÓN DEL PESO DEL HIJO

- Nowicka, P.; Sorjonen, K.; Pietrobelli, A.; Flodmark, C. & Faith, M.S. (2014). Parental Feeding Practices and Associations with child Weight Status. Swedish Validation of the Child Feeding Questionnaire Finds Parents of 4-Year-olds less Restrictive. *Appetite*, 81, 232–241.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Sobrepeso y obesidad infantiles*. <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>>.
- Organización de las Naciones Unidas (2020). *La obesidad infantil en México: una emergencia que requiere medidas inmediatas*. <<https://news.un.org/es/story/2020/03/1470821>>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Etiquetado frontal: un tema de protección a la salud de la niñez*. <https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1454:etiquetado-frontal-un-tema-de-proteccion-a-la-salud-de-la-ninez&Itemid=499>.
- Pérez Herrera, A. y Cruz López, M. (2019). Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 463–469.
- Rodgers, R.F.; Paxton, S.J.; Massey, R.; Campbell, K.J.; Wertheim, E.H.; Skouteris, H. & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding Practices Predict Weight Gain and Obesogenic Eating Behaviors in Young Children: a Prospective Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 24.
- Rodríguez Arauz, G. y Ramírez Esparza, N. (2017). Prácticas parentales, alimentación saludable y medidas objetivas de composición corporal en la niñez preescolar. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 61–73.
- Russell, C.G.; Haszard, J.J.; Taylor, R.W. Heath, A.L.; Taylor, B. & Campbell, K.J. (2018). Parental Feeding Practices Associated with Children's Eating and Weight: What are Parents of Toddlers and Preschool Children Doing? *Appetite*, 128, 120–128.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf>.
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf>.



- Trejo Ortiz, P.M. y Ahumada Saucedo, J.C. (2016). Factores asociados a la percepción materna del peso corporal del hijo: una revisión sistemática. *Santiago, VLIR*, 222–233.
- Varela Arévalo, M.T.; Tenorio Banguero, A. y Duarte Alarcon, C. (2018). Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. *Nutrición Humana y Dietética*, 22(3), 183–192.
- Vega Grimaldo, M.A.; Santos Flores, J.M.; Guevara Valtier, M.; Paz Morales, M.A. y Gutiérrez Valverde, J.M. (2017). Concordancia entre la percepción materna del peso y peso real de hijos escolares. *SANUS*, 2(4), 14–22.
- Viana, V.; Almeida, P.; Guardiano, M.; Silva, D.; Oliveira, B. & Guerra, A. (2020). Mother's Eating Style's Influence on their Feeding Practices and on their Children's Appetite Traits. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 2(1), 1–11.
- Yilmaz, R.; Erkorkmaz, Ü.; Ozcetin, M. & Karaaslan, E. (2013). How does Parents' Visual Perception of their Child's Weight Status Affect their Feeding Style? *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 741–6.



CAPÍTULO 12

GESTIÓN DE LA SALUD SEXUAL DEL ADOLESCENTE PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS E ITS

ADOLESCENT SEXUAL HEALTH MANAGEMENT FOR PREGNANCY AND STIS PREVENTION

Lubia del Carmen Castillo Arcos¹



1. Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo y directora de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Correspondencia: <lcastillo@delfin.unacar.mx>.

Dirección Postal: Av. Central s/n. Esq. Fraccionamiento Mundo Maya. C. P. 24153, Ciudad del Carmen, Campeche, México.



Resumen

Introducción. En la adolescencia inicia el despertar sexual, la emoción por lo desconocido, que hace vulnerable al adolescente a embarazos no deseados y a ITS, debido a la toma errónea de decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva. La gestión de la salud sexual incluye aspectos biológicos, valores, cultura y realización personal, que apoya a los adolescentes a que actúen adecuadamente con los conocimientos reales sobre su sexualidad. *Objetivo.* Determinar la influencia de la Gestión de la Salud Sexual del Adolescentes para la Prevención de Embarazos e ITS. *Métodos.* Se realizó un estudio descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por adolescentes de 14 a 18 años de una Institución Educativa de Nivel Medio Superior; la muestra fue de 200 adolescentes. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario de datos sociodemográficos, el cuestionario de conocimiento sobre embarazo, ITS y VIH y el cuestionario de Gestión de la Salud Sexual. *Resultados.* Predominó el género masculino con 50.5%; el 59.5% no ha iniciado vida sexual activa; el 37.0% inició vida sexual a los 14 años. Los hombres presentaron mayor conocimiento sobre embarazo, VIH/sida e ITS con un promedio de 27.30 ($DE = 47.92$). Las mujeres presentaron mayor gestión para la salud sexual con un promedio de 34.25 ($DE = 11.55$). Se encontró correlación entre la edad, sexo, conocimiento sobre embarazo, ITS y VIH y la gestión de la salud sexual con $p < 0.01$. *Conclusiones.* Es necesario que los adolescentes tengan la capacidad de gestionar su salud sexual y evitar embarazos no deseados e ITS.

Palabras clave: Adolescentes, embarazo, infecciones de transmisión sexual.

Abstract

Introduction. In adolescence, sexual awakening begins, the emotion of the unknown, which makes the adolescent vulnerable to unwanted pregnancies and STIs, due to poor decision making about sexual and reproductive behavior. Sexual health management includes biological aspects, values, culture and personal fulfillment, which supports adolescents to act appropriately with real knowledge about their sexuality. *Objective.* To determine the influence of adolescent sexual health management on the prevention of pregnancy and STIs. *Methods.* A descriptive correlational study was conducted. The population was made up of adolescents from 14 to 18 years old from an Upper Secondary School, the sample was 200 adolescents. The instruments applied were a questionnaire of sociodemographic data, the questionnaire of knowledge about preg-



nancy, STIs and HIV, and the questionnaire of Management of Sexual Health. *Results.* The male gender predominated with 50.5%; 59.5% had not initiated active sexual life; 37.0% initiated sexual life at age 14. Men had greater knowledge about pregnancy, HIV/AIDS and STIs with an average of 27.30 (SD = 47,92). Women presented greater management for sexual health with an average of 34.25 (SD = 11,55). Correlation was found between age, sex, knowledge about pregnancy, STIs and HIV, and sexual health management with $p < 0.01$. *Conclusions.* It is necessary for adolescents to have the capacity to manage their sexual health and avoid unwanted pregnancies and STIs.

Keywords: Adolescents, pregnancy, sexually transmitted infections.

Introducción

La adolescencia es el periodo de transición que abarca desde el término de la niñez hasta la pubertad, en el cual ocurren diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales, que marcan cambios importantes en la persona en su fin por encontrar su identidad (Yeckting, 2017). Es la etapa de transición donde inicia el despertar sexual, el interés por lo desconocido, el poder de sentir que no corre peligro, es fuerte e invencible, que hace vulnerable al adolescente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), debido a la toma errónea de decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva (Trillo, Loreto & Figueroa, 2013).

Los adolescentes muestran menor interés que los adultos en comportarse de forma saludable, lo que ha provocado a considerarlos como un grupo de alto riesgo respecto a la salud, influidos por creencias y valores respecto a su vida social (Robles & Espinel, 2017). En este sentido, la sexualidad es una parte del desarrollo de las personas y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) la salud sexual es «la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor».

Una salud sexual responsable se lleva a cabo a través de una gestión social, la cual establece el proceso de acción y toma de decisiones, que va desde identificar un problema, su estudio y comprensión, hasta el diseño y planteamiento de una serie de propuestas para ser ejecutadas, que permitan el desarrollo de conocimiento y habilidades asertivas en la persona. Este proceso implica un proceso en conjunto entre el adolescente y las instituciones educativas y de salud, que permite la toma de decisiones



correctas y la resolución de problemas sexuales y evitando así embarazos no deseados, ITS incluyendo VIH/sida y el uso correcto de los métodos anticonceptivos y evitar comportamientos de riesgo sexual (Rodríguez et al., 2008).

Los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva son importantes. Por ese motivo, las campañas de prevención de embarazos, ITS, VIH/sida, se enfocan a informar sobre los peligros que puede provocar en su salud y por esto se le capacita, habilita y enseña la oportunidad para identificar problemas, prioridades y negociar las propuestas desde la perspectiva de desarrollo de la salud (Fernández, 2016; Rodríguez et al., 2008).

Cuando los adolescentes gestionan información es la forma en que ellos solicitan información sobre algún tema en especial, principalmente el de su vida sexual, ya que en esta etapa de su vida experimentan muchos cambios físicos, psicológicos y emocionales, y esto les generan dudas y quieren experimentar; en ocasiones, sus amigos son los que los aconsejan, pero casi siempre son datos erróneos; por esto se le hace la invitación de gestionar información sobre sus dudas con los profesionales de la salud (Yeckting, 2017).

La gestión de la salud sexual incluye aspectos biológicos, valores, cultura y realización personal; se pretende que los jóvenes actúen adecuadamente con los conocimientos reales sobre su sexualidad y así evitar la maternidad no deseada, las ITS como el VIH/sida. Con base en lo anterior, se planteado el siguiente objetivo: determinar la influencia de la gestión de la salud sexual del adolescente para la prevención de embarazos e ITS.

Métodos

Estudio descriptivo correlacional de tipo transversal. La población estuvo conformada por adolescentes de 14 a 18 años de una Institución Educativa de Nivel Medio Superior. El muestreo fue aleatorio estratificado, se consideró como estrato el género. El tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, Fotheringham, 2000), la cual se estimó con base en la prueba de correlación con una potencia del 90% y un nivel de significancia de 0.05, por lo que se obtuvo una muestra de $n = 200$.

Criterios de elegibilidad. *Criterios de inclusión:* alumnos que cuenten con el consentimiento de los padres de familia, participación voluntariamente, tener de 14 a 18 años, ambos sexos. *Criterios de exclusión:* alumnos fuera del rango de edad. *Criterios de eliminación:* alumnos que no concluyan con la aplicación de los instrumentos de medición.



Instrumentos. Para la descripción de los datos de los adolescentes se utilizó la cédula de identificación que incluyó un código que se le asignó a cada adolescente y los datos sociodemográficos como la edad, género y estado civil, entre otros. Asimismo, se aplicaron dos cuestionarios que midieron las variables de interés.

Conocimiento sobre embarazo e ITS. La variable conocimiento sobre embarazo e ITS se midió a través del Cuestionario de Conocimiento sobre sida e ITS (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992). Este instrumento valora el conocimiento sobre los medios de transmisión, prevención y detección de ITS-VIH/sida. Está compuesto por 24 reactivos con una escala de respuesta de falso, verdadero y no sabe; un ejemplo de reactivo es: si tienes sida, existe una mayor probabilidad que contraigas otras enfermedades. A cada respuesta contestada correctamente se le asignan dos puntos y a las respuestas incorrectas se les asigna 1, por lo que mayor puntuación indica mayor nivel de conocimiento. Los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24, la respuesta correcta es falso, con la opción de respuesta que va de valor 1 menor conocimiento y valor de 2 al mayor conocimiento sobre embarazo, VIH/sida e ITS. Con una puntuación total de 48. El cuestionario ha sido probado con latinos de habla hispana entre 13 y 18 años (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel, Jemmott, Jemmott, & Ronis, 2004). Este instrumento cuenta con un coeficiente aceptable, Alpha de Cronbach de .88.

Gestión de la salud sexual. La variable gestión de la salud sexual se midió a través de la escala de Salud Sexual y Reproductiva (Vargas, 2005). Este instrumento tiene como objetivo valorar la gestión con la que los adolescentes manejan su salud sexual y los métodos de salud reproductiva que utilizan para la prevención de ITS, transmisión de VIH/sida y evitar embarazos no deseados. La escala total está compuesta de 59 ítems. Y se divide en dos subescalas o dimensiones; la primera está compuesta por 34 reactivos que mide la salud sexual. Un ejemplo del reactivo es «la salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen», la presenta Alpha de Cronbach de .87, y la segunda mide la salud reproductiva, conformada de 25 reactivos; un ejemplo es «puedo acudir a los servicios de salud sin temor», la presenta Alpha de Cronbach de .90. Cada una de ellas consta de 3 categorías: *Conocimiento*: 1 = Cierto, 2 = Falso y 3 = No sabe. *Actitudes*: 1-5 donde 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo. *Prácticas*: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = casi nunca, 5 = Nunca.



Procedimiento para la recolección de datos. Para la recolección de datos, se recibió la autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), de la Facultad Ciencias de la Salud; posteriormente se procedió a seleccionar la escuela preparatoria, donde se solicitó las listas actualizadas de los grupos por semestre de los alumnos inscritos; ya que se obtuvo la información, se calculó la proporción de estudiantes por género mediante Excel. También se pidió permiso a los directivos de la escuela preparatoria. Luego de ser seleccionados e identificados los alumnos aleatoriamente, se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a que participaran, se les proporcionó el consentimiento informado a los padres y el asentimiento informado por escrito a los adolescentes. Se les asignó un código para su participación. Cuando el padre firmó el consentimiento y el adolescente el asentimiento informado, se le pidió responder al cuestionario, donde se solicitó que sus respuestas fueran lo más honestas posible y que contestaran todas las preguntas. Sin embargo, se les recordó a los participantes que sus respuestas eran confidenciales y nadie tendría acceso a ellas o sabrían quién respondió el cuestionario; asimismo, la información que se recolectó fue resguardada en donde el personal responsable solo tuvo acceso a ella. Al finalizar de contestar todo el cuestionario, se levantaron las hojas de cada uno de ellos y se dieron palabras de agradecimiento por haber participado.

Consideraciones éticas. En el presente estudio se acopla al Reglamento de *la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, que establece los lineamientos y principios de una investigación. Considerando el título segundo de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, de la Investigación en Comunidades y de la Investigación en Menores de Edad o Incapaces en los siguientes artículos: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13), ya que la información que se obtuvo se manejó con discreción y a los adolescentes que participaron no se les obligará a participar. Contaron con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala (artículo 14, Fracción v). Se contaron con el dictamen favorable de las Comisiones de Ética e Investigación de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen (artículo 14, Fracción vii) y del titular de la institución para la aplicación de los cuestionarios en electrónico a los adolescentes que aceptaron participar (artículo 14, Fracción viii).



Análisis estadístico. Los datos estadísticos se analizaron mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Los datos se analizaron descriptivamente para la obtención de las frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Asimismo, se utilizó la correlación de Spearman para medir el grado de asociación entre las variables consideradas. Se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente de Alpha de Cronbach.

Resultados

Análisis de confiabilidad. En el presente estudio se llevó a cabo un análisis de confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach de los instrumentos. La escala de conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS, obtuvo un coeficiente de .88 y la escala de gestión para la salud sexual de .84; ambas mostraron confiabilidad aceptable.

Características sociodemográficas de los adolescentes participantes. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes. El grupo se conformó por 200 adolescentes de 14 a 18 años, el género que predominó es el masculino, 50.5%; 42.0% cursa el primer semestre de preparatoria, 59.5% es de estado civil soltero 59.5% de los adolescentes no ha tenido relaciones sexuales, 37.0% inició su vida sexual a los 14 años, 84.0% ha recibido información de sexualidad en los últimos 3 meses, 84.5% ha recibido información sobre VIH/sida en los últimos 3 meses, 15.5% se ha realizado prueba rápida de VIH. Se observa que los adolescentes han adquirido el conocimiento necesario acerca de VIH/sida e ITS como un factor protector que beneficia a la prevención de conductas sexuales de riesgo para fortalecer la gestión a la salud sexual.



Tabla 1.*Características sociodemográficas de los adolescentes participantes*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Género		
Femenino	99	49.5
Masculino	101	50.5
Semestre escolar		
1°	84	42.0
2°	64	32.0
5°	52	26.0
Estado civil		
Soltero (a)	119	59.5
En una relación de noviazgo	75	37.5
Empezando una relación	4	2.0
Casado	0	0
Relaciones sexuales		
Sí	81	40.5
No	119	59.5
Información de sexualidad		
No	32	16
Sí	168	84
Información de ITS		
No	32	17
Sí	168	83
Te has realizado prueba VIH		
Sí	31	15.5
No	169	84.5

Nota: *f* = Frecuencia, % = porcentaje.

Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS por sexo. En la tabla 2 se observa que los hombres presentaron mayor conocimiento sobre embarazo, VIH/sida e ITS que las mujeres con un promedio de 27.30 (*DE* = 47.92), lo que indica que los adolescentes son capaces de mantener conductas saludables.

**Tabla 2.***Índice para el Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS por sexo*

<i>Variables</i>	<i>Media Mediana DE Min Max</i>
Femenino	27.30 37.50 47.92 77 96
Masculino	44.49 54.17 35.94 63 96

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo.

Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS por edad. En la tabla 3 se observa en el conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS en relación con la edad mayor puntuación en el grupo de edad de 18 años, con un promedio de 46.31 (*DE* = 36.73), lo que indica que a mayor edad tiene mayor conocimiento; sin embargo, los adolescentes con menor edad son más propensos a salir embarazada o adquirir el VIH/sida e ITS.

**Tabla 3.***Índice para el Conocimiento sobre embarazo, VIH e ITS por edad*

<i>Variables</i>	<i>Media Mediana DE Min Max</i>
15 años	23.46 29.17 49.22 64 96
16 años	35.91 50.00 44.07 75 96
17 años	41.85 45.83 33.82 42 96
18 años	46.31 60.42 36.73 63 88

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo.

Gestión de la salud sexual por sexo. En la tabla 4 se muestra que las mujeres presentaron mayor gestión para la salud sexual que los hombres con un promedio de 34.25 (*DE*= 11.55), lo que indica que las mujeres adolescentes son capaces de mantener conductas saludables y gestionan adecuadamente su salud sexual.



Tabla 4.

Índice para la gestión de la salud sexual por sexo

<i>Variables</i>	<i>Media Mediana DE Min Max</i>
Femenino	35.33 31.25 15.58 8 83
Masculino	34.25 33.33 11.55 4 67

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo.

Gestión de la salud sexual por edad. En la tabla 5, en la gestión de la salud sexual en relación con la edad, se encontró mayor puntuación en el grupo de edad de 15 años, con un promedio de 35.91 (*DE* = 16.62), lo que indica que a menor edad tiene mayor gestión para la salud sexual; sin embargo, los adolescentes con mayor edad son más propensos a no gestionar la salud sexual; por ello, no sabrían manejar o identificar las relaciones de riesgo.

Tabla 5.

Índice para la gestión de la salud sexual por edad

<i>Variables</i>	<i>Media Mediana DE Min Max</i>
14 años	29.17 29.17 8.83 23 35
15 años	35.91 31.25 16.62 10 83
16 años	35.84 33.33 13.11 4 83
17 años	33.88 33.33 11.30 8 73
18 años	31.57 28.13 12.98 10 67

Nota: *DE* = Desviación estándar, *Min* = Mínimo, *Max* = Máximo.

Correlaciones. En la tabla 6 se muestran los coeficientes de correlación de Spearman, donde se encontró una relación positiva entre la edad, el conocimiento sobre embarazo, VIH/sida e ITS y la gestión para la salud sexual, lo que indica que los adolescentes se ven fortalecidos al contar con conocimientos sobre embarazos, VIH/sida e ITS, condición que les permite gestionar eficazmente su salud sexual.

Tabla 6.

Correlación de Spearman para la edad, conocimiento sobre embarazo, VIH/sida y gestión para la salud sexual

Variable	1	2	3
1. Edad	1		
2. Conocimiento	.139*	1	
3. Gestión de la Salud sexual	.104**	.582**	1

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Discusión

La gestión de la salud sexual es un tema que cada día se vuelve más relevante, debido a que permite a los adolescentes tener la iniciativa de cuidar su salud a través de la toma de decisiones adecuadas. De acuerdo con los datos estadísticos que reportan un aumento en los casos de ITS-VIH, embarazos no deseados, abandono escolar y exclusión social, entre otros, el problema sexual se agrava y al ser de origen conductual los riesgos siempre estarán presentes para el adolescente. Por tal motivo, se realizó la presente investigación para determinar la influencia de la gestión de la salud sexual del adolescente para la prevención de embarazos e ITS.

De acuerdo con los resultados, se muestra que los hombres fueron más participativos, lo que concuerda con Sagaró, Gómez, Moraga y García (2014), y contrario a otros estudios donde se ha encontrado que las mujeres muestran más interés; esto posiblemente se deba a la cultura donde la mujer muestra mayor iniciativa para cuidar su salud (Baca-Sánchez, Hidalgo-Palacios, León-Jiménez & Malca-Tello, 2019; Cortés, 2014; Morales-Mesa, Arboleda-Álvarez & Segura-Cardona, 2014). También se observa que más de la mitad de los adolescentes refirieron estar solteros y la mayoría hare-

cibido información necesaria acerca de la sexualidad e ITS, lo que coincide con otros autores (Espada, Escribano, Orgilés, Morales & Guillén-Riquelme, 2015). Lo anterior indica que poseer información sobre temas relacionados con la sexualidad permite al adolescente mejorar su percepción de riesgo.

Por otro lado, se encontró que un alto porcentaje de adolescentes inició relaciones sexuales, a pesar de su corta edad, lo que coincide con otros autores que manifiestan que los adolescentes inician su vida sexual activa a edades más tempranas (Alfonso-Figueroa, Figueroa-Pérez, 2017; Álvarez, Müller & Vergara, 2015). Siendo la edad un factor alto de riesgo sexual, debido al despertar del interés por sexo opuesto y a la percepción de invulnerabilidad que posee el adolescente, lo coloca en una posición de susceptibilidad a ITS y embarazos no deseados.

Asimismo, un porcentaje bajo se ha realizado la prueba rápida de VIH, lo que concuerda con otros autores (Morales, Espada & Orgalés, 2016; Sanabria-Mazo, Hoyos-Hernández & Bravo, 2020). A pesar de la información que poseen los adolescentes, se puede inferir que no tienen conocimientos sólidos sobre la importancia de realizarse la detección de VIH, sobre todo en aquellos que ya iniciaron vida sexual activa, lo que los convierte en un grupo vulnerable.

Asimismo, encontramos que los hombres presentan mayor nivel de conocimiento sobre embarazo, VIH/sida e ITS; los datos son contrarios a Díaz, Cantillo, García y Martínez y Vega (2014); reportaron en su estudio que un alto porcentaje reflejó que las adolescentes mujeres presentaron un nivel de conocimiento bueno sobre VIH/sida a diferencia de los hombres. Silva-Fhon, Andrade-Iraola, Palacios-Vallejos, Rojas-Huayta y Mendonça-Júnior (2014) refieren que el conocimiento sobre embarazo e ITS ayuda a desarrollar conductas seguras y mantener una constante prevención, lo que indica que el sexo sí influye en tener más o menos conocimiento.

Por otro lado, las mujeres presentaron mayor capacidad de gestión para la salud sexual, lo que difiere con Fernández (2016), quien encontró que los hombres poseen mayor conocimiento sobre su salud sexual y reproductiva. En este sentido, los resultados muestran que los adolescentes manifiestan saber que la salud reproductiva es reconocer el derecho a acceder a una sexualidad plena y enriquecedora. Por su parte, Cortez (2012) indica que los adolescentes no conocen plenamente sus derechos reproductivos, no conocen su derecho a elegir su pareja sexual, no están al tanto de su derecho para tener relaciones sexuales con su consentimiento y no conocen su derecho a decidir cuándo empezar su vida sexual. Es importante que el adolescente reconozca la capacidad que tiene para decidir sobre su sexualidad.

En relación con la gestión de la salud sexual que utilizan los adolescentes para la prevención de embarazos y VIH/sida, se mostró que los adolescentes pueden acudir a



los servicios de salud sin ningún temor. En este sentido, Lugones, Ramírez y Machado (2008) mostraron que las adolescentes acudieron a la consulta de ginecología; la solicitud de anticoncepción fue la principal causa que llevó a las adolescentes a consulta. Esto revela que cada vez es mayor el número de adolescentes interesados en gestionar su salud.

Conclusión

La mayoría de los adolescentes asumió ser solteros, la mayoría no ha iniciado vida sexual activa. Asimismo, refieren que han recibido información sobre temas de sexualidad, VIH/sida e ITS, lo cual representa un factor protector que les ayuda a la prevención de conductas de riesgo sexuales. Se encontró que el sexo masculino tiene mayor nivel de conocimiento; además, que los adolescentes consideran tener el conocimiento preventivo para evitar embarazos, ITS como el VIH/sida. Es importante fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes para mantener conductas sexuales saludables.

Los resultados permiten concluir que el adolescente que posee conocimientos sobre embarazos e ITS tendrá una mayor capacidad de gestión de la salud sexual, fortaleciendo de esta manera la capacidad de ejercer conductas sexuales seguras. Los profesionales de la salud deben fortalecer los conocimientos sobre sexualidad responsable en este grupo de edad de manera constante a través de programas educativos, fortaleciendo los conocimientos sobre embarazo e ITS con la capacidad de solucionar y tomar decisiones ante un problema de riesgo sexual.

Referencias

- Alfonso-Figueroa, L. & Figueroa-Pérez, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista Ciencias Médicas*, 21(2): 143–151. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es>.
- Álvarez, J., Müller A. & Vergara, V. (2015). Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Científica Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana (CIMEL)*, 20(2), 44–50. <<https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/582/336>>.





- Baca-Sánchez, J.; Hidalgo-Palacios, C.; León-Jiménez, F. & Malca-Tello, N. (2019). Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/sida en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 38–45.
- Cortés, A.; García, R.; Lazo, Z.; Bolaños, J.; Ochoa, R. & Pérez, D. (2014). Intervención en el conocimiento, creencias y percepción de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida. *Medicentro Electrónica*, 18(1), 11–18. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100003&lng=es&tlng=es>.
- Cortez, R. (2012). Conocer y ejercer los derechos es clave para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Banco Mundial. <<http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2012/08/29/sexual-rights-of-the-youth>>.
- Díaz, C.E.; Cantillo, L.; García, K.; Martínez, L. & Vega, J. (2014). Conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes de una universidad en Cartagena, Colombia, 2011. *Hacia la Promoción de la Salud*, 19(2), 38–52.
- Elashoff, D.J.; Dixon, J.W.; Crede, M.K.; Fotheringham, N. (2000). n.QueryAdvisor (version 4.0) Copyright (software estadístico para PC). Los Ángeles, CA: Statistical Solutions.
- Espada, J.; Escribano, S.; Orgilés, M.; Morales, A. & Guillén-Riquelme, A. (2015). Sexual risk Behaviors Increasing Among Adolescents over Time: Comparison of two Cohorts in Spain. *AIDS Care*, 27,6, 783–788. doi: <10.1080/09540121.2014.996516>.
- Fernández Lozano, V. (2016). Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva Institución educativa Santiago Antúnez de Mayolo, Chachapoyas-2015. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
- Jemmontt, J.; Jemmontt, S. & Fong, T. (1992). Reductions in HIV risk associated Sexual Behaviors Among Black Male Adolescents: Effects of an AIDS Prevention Intervention. *American Public Health association* (82).
- Lugones, B.; Ramírez, B. & Machado, R. (2008). Intervención educativa en adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto juvenil. *Cubana de pediatría*, 80(2). <<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v80n2/ped07208.pdf>>.
- Morales, A.; Espada J.P. & Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, 25(3): 135–141. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592016000300135&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.002>>.





- Morales-Mesa, S.; Arboleda-Álvarez, O. & Segura-Cardona, A. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo en poblaciones universitarias. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 2–39.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de Informes Técnicos 572. Ginebra: OMS, 1975.
- Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1988). <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>>.
- Robles J. y Espinel, J. (2017). Conductas sexuales de riesgo y relación con nivel de popularidad en red social. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2). <<https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v51i2.54>>.
- Rodríguez Cabrera, A.; Sanabria Ramos, G.; Álvarez Vázquez, L.; Gálvez González, A.; Castañeda Abascal, I. & Rojo Pérez, N. (2008). La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000300014&lng=es&tlng=es>.
- Sagaró, N.; Gómez, M., Moraga, A. & García, Y. (2014). Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. *MEDISAN*, 18(8), 1107–1112. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800011&lng=es&tlng=es>.
- Sanabria-Mazo J.P.; Hoyos-Hernández P.A. & Bravo, F. (2020). Psychosocial Factors Associated with HIV Testing in Colombian University Students. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 147–157. doi: <<http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.8>>.
- Silva-Fhon, J.; Andrade-Iraola, K.; Palacios-Vallejos, E.; Rojas-Huayta, V. & Mendonça-Júnior, J. (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 139–144. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400004&lng=es&tlng=es>.
- Trillo, V.; Loreto, N. & Figueroa, C. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social. *Culcyt/intervención social*. (1), 32–78.
- Vargas, R. (2005). Proyecto integrado: la salud sexual y la salud reproductiva de la población estudiantil de la Universidad Nacional. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO).



INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES

Villarruel, A.M.; Jemmontt, J.B.; III, Jemmontt, L.S. & Ronis, D.L. (2004). Predictors of Sexual Intercourse Intentions and Condom Use Among Spanish Dominant Youth: A test of the Theory of Planned Behavior. *Nursing Research*, 53(3), 172–181.

Yeckting Vilela, F. (2017). Situación de riesgo y salud de los adolescentes en el valle de los ríos Apurímac, En y Mantaro en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 273–279. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2017.342.2867>>.



CAPÍTULO 13

AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL PARA SEXO SEGURO Y RESILIENCIA SEXUAL EN MUJERES JÓVENES

SELF-ESTEEM, SOCIAL SUPPORT FOR SAFE SEX AND SEXUAL RESILIENCE IN YOUNG WOMEN

Carolina Valdez-Montero,¹ Ginne Ussi Guadalupe Apodaca-Orozco,² Jesica Guadalupe Ahumada-Cortez,³ Mario Enrique Gámez-Medina⁴

1. Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Correspondencia: <carolina.valdez@uas.edu.mx>.
2. Estudiante del Doctorado en Estudios Sociales por la Universidad Autónoma Indígena de México. Profesora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.
3. Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel C).
4. Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel C).

Dirección Postal: Fuente de Poseidón y Ángel Flores s/n, Col. Jiquilpan. C.P. 81220. Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.



Resumen

Introducción. Las mujeres son consideradas población vulnerable para adquirir el VIH desde un enfoque biológico y social. La principal vulnerabilidad de la mujer frente al VIH es la capacidad de subordinación para negociar encuentros sexuales y el poco acceso a las medidas preventivas. La evidencia indica que existen algunos factores de protección para el VIH, tales como la autoestima, el apoyo social y la resiliencia. *Objetivo.* Determinar si la autoestima, el apoyo social para sexo seguro influyen en la resiliencia para sexo seguro. *Métodos.* La población de estudio estuvo conformada de 502 mujeres jóvenes de 18 a 25 años de una universidad pública del estado de Sinaloa, México. Se realizó aleatorización de escuelas y facultades. *Resultados.* Se precisó que la autoestima ($r=.13, p<.01$), el apoyo de la familia ($r=.22, p<.01$), el apoyo de la pareja ($r=.39, p<.01$), el apoyo de los amigos ($r=.29, p<.01$) y de los proveedores de salud para sexo seguro ($r=.31, p<.01$) mostraron relación con la resiliencia sexual. El modelo final muestra que el apoyo de la pareja, amigos y proveedores de salud para sexo seguro, explicaron el 13.9% de varianza en la resiliencia sexual ($F_{[3,469]} = 26.181, p < .001$). **Conclusiones.** Se sugiere continuar realizando estudios sobre sexualidad en mujeres y generar intervenciones culturalmente adaptadas al contexto y la población.

Palabras clave: Factores protectores, mujeres, vulnerabilidad, VIH.

Abstract

Introduction. Women are considered a vulnerable population to acquire HIV from a biological and social approach. The main vulnerability of women against HIV is the subordination capacity to negotiate sexual encounters and the little access to preventive measures. Evidence indicates that there are some protection factors for HIV, such as self-esteem, social support and resilience. *Objective.* Determine whether self-esteem and social support for safe sex influences resilience for safe sex. *Methods.* The sample was made up of 502 young women from 18 to 25 years of age from a Public University of the state of Sinaloa, Mexico. Randomization of schools and faculties was performed. *Results.* An association was shown between sexual resilience and the following: Self-esteem ($r = .13, p < .01$), family support ($r = .22, p < .01$), couple support ($r = .39, p < .01$), friends support ($r = .29, p < .01$) and health care providers support for safe sex ($r = .31, p < .01$). The final model shows that couple, friends and health care providers support for safe sex explained 13.9% variance in sexual resil-



ience ($F_{[3,469]} = 26.181, p < .001$). *Conclusions.* It is suggested to continue conducting studies on sexuality in women and to generate cultural interventions adapted to the context and the population.

Keywords: Protective factors, women, vulnerability, HIV.

Introducción

La mujer experimenta múltiples factores de riesgo frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Marcovici, 2002). El presente problema de Salud Pública ha alcanzado proporciones devastadoras a nivel mundial; cada día más de 1 millón de personas contraen una ITS y anualmente se registran más de 376 millones de casos entre las que prevalecen clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis. Se ha documentado un incremento en las tasas de VIH donde se muestra que, en algunas regiones, la mujer ha sobrepasado al hombre, lo cual es preocupante debido al aumento de incidencias registradas en mujeres jóvenes de 15 a 24 años que contraen el VIH (*Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida* [ONUSIDA], 2020).

En México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH en el informe histórico reporta que se cuenta con 59 619 casos registrados de mujeres seropositivas a VIH en el periodo de 1984 al 2021 (CENSIDA, 2021). De acuerdo con la organización Aids Healthcare Foundation (AHF, 2020) señala que en México 9 de cada 10 mujeres adquiere una infección por medio de su pareja estable. A su vez, se ha documentado una vulnerabilidad mayor en las mujeres, sobre todo en las relaciones heterosexuales; se estima que al menos el 79.2% de los casos acumulados en mujeres con VIH es por transmisión sexual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Sin embargo, la mujer no solo está expuesta a factores de riesgo por su estructura biológica, sino también se debe a los factores socioculturales que tienen que ver con las desigualdades de género; se ha demostrado que lo anterior es un factor clave para la propagación ITS, VIH y sida, debido a los atributos socialmente construidos (Bolaños & Díaz, 2017).

Vinculado con lo anterior, la sexualidad en la mujer sigue siendo hoy un tema de salud que guarda una estrecha relación con el género, la invisibilidad de las mujeres en torno a las ITS, VIH y sida, ha estado condicionada por el impacto de las estructuras de desigualdad en el ejercicio de la sexualidad, tradicionalmente se ha impuesto el dominio del hombre sobre la mujer. Estas construcciones de género han incidido en su capacidad para negociar encuentros sexuales, incluso a ejercer libremente medidas



preventivas y revisiones oportunas, situación que coloca a la mujer en desventaja en cuanto a su autonomía en la vida sexual y cuidado del cuerpo. Lo anterior juega un papel importante en la percepción y conductas de riesgo sexual. Taylor y Rew (2000) aluden a que los factores protectores como la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del riesgo sexual; esto son considerados como amortiguadores en el impacto de las conductas sexuales para hacer frente a factores de riesgo sexual.

Un estudio de Castillo-Arcos et al. (2017) indica que los factores protectores influyen de manera positiva en la resiliencia sexual; afirma su importancia para la prevención y conductas del riesgo sexual. En su estudio se destacó que los hombres mostraron mayores niveles de resiliencia sexual comparado con las mujeres. Esta investigación demuestra la vulnerabilidad que vive la mujer, de acuerdo con los roles de género preexistentes, sobre todo en la cultura mexicana. A pesar de la presencia de mayor resiliencia en los hombres, es importante hacer investigaciones enfocadas a los factores protectores que las mujeres puedan manifestar para una resiliencia sexual. Castillo y Benavides (2012) sostienen que los factores protectores inciden fuertemente en las conductas sexuales de riesgo para VIH o sida. A su vez, se ha comprobado que a través de los factores protectores se fortalece el desarrollo de una conducta sexual resiliente. Lo señalado puede permitir que la mujer tome decisiones sobre sexo seguro evitando conductas sexuales de riesgo para ITS o VIH.

Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena (2011), mencionan que el efecto de la autoestima sobre la actividad sexual, las normas y las expectativas culturales que la persona acepte y asuma son determinantes de la valoración que haga de sí mismo. Lo anterior se asocia con las necesidades emocionales satisfechas, que al carecer de autoestima las hace más vulnerables a llevar a cabo conductas sexuales de riesgo; sin embargo, a pesar de los problemas de vulnerabilidad sexual a la que se enfrenta la mujer, se ha mostrado resiliente, al superar los efectos negativos de la exposición al riesgo sexual (Vinson, 2008).

De acuerdo con lo anterior, la resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias, es visto como el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano; este último permite elaborar en sentido positivo factores o circunstancias de la vida que son desfavorables, forjando individuos resilientes al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables (Forés & Grané, 2008).



Al respecto, Castillo y Benavides (2012) define la resiliencia sexual como un «proceso mediante el cual el individuo utiliza sus recursos protectores disponibles para contrarrestar los factores de riesgo sexual». Guerrero (2014) menciona que lo anterior se refleja en las conductas como la abstinencia, la monogamia, la utilización correcta y constante de preservativos, la búsqueda de información sobre ITS como el VIH o sida y la realización de la prueba del VIH en quienes hayan mantenido conductas sexuales de riesgo. Por tanto, se hace notar que la resiliencia sexual es construida mediante procesos evolutivos y la experiencia sexual de la mujer; a través de ella se va adquiriendo la capacidad de tomar decisiones asertivas actuando de manera resolutiva ante situaciones de riesgo, permitiendo modularlo de contraer alguna ITS. Sin embargo, nos encontramos frente a un panorama de salud pública preocupante, por el aumento progresivo de incidencias registradas en los últimos años de las ITS en la mujer, lo que tiene como consecuencia hechos indeseables de enfermar. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es determinar si la autoestima y el apoyo social para sexo seguro influyen en la resiliencia para sexo seguro en mujeres.

Métodos

La presente investigación tuvo un diseño correlacional predictivo en 505 mujeres de 18 a 25 años, estudiantes de 6 diferentes carreras de una universidad pública del estado de Sinaloa, México. El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado; asimismo, la selección de los estudiantes se realizó a través de los listados oficiales de cada institución educativa, donde se seleccionaron de manera aleatoria los grupos de cada facultad. El tamaño de la muestra se calculó a través del programa Epidat 3.1, en donde los criterios de inclusión fueron mujeres que tuvieran novio/a o hayan tenido una relación de noviazgo en los últimos 12 meses y el criterio de exclusión fueron mujeres embarazadas.

Procedimiento de recolección de datos. El presente proyecto de investigación contó con la aprobación del Comité de Titulación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa y por las autoridades de las diferentes facultades. Posteriormente, se solicitaron listas de estudiantes para la selección aleatoria de los participantes, se acudió a las aulas para explicar de forma clara y sencilla los objetivos de la investigación e instrumentos de recolección de datos. Se invitó a participar y se enfatizó en que la misma era de carácter voluntario y anónimo; los que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. Se concretó día y hora para la colecta de la información.



Para la recolección de los datos, se utilizó una cédula de datos sociodemográficos para describir a los participantes del estudio y tres instrumentos para medir las variables de interés. El primer instrumento que se utilizó es la Escala Provisión Social para Sexo Seguro con el propósito de medir el apoyo familiar y social para la conducta sexual segura (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1984). Esta escala mide la percepción de apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud para la conducta de prevención de VIH. Esta contiene 77 reactivos, de los cuales 19 corresponden para apoyo familiar y el resto miden apoyo social. Con puntuación total de 96 a 385. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar y social para la prevención del VIH. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .94.

El segundo instrumento se utilizó para medir la variable de autoestima, que se midió a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). El instrumento consta de 10 reactivos, y un ejemplo de reactivo es: siento que soy una persona de valor al igual que otras personas. Esta escala reportó un Alpha de Cronbach de .92 y un coeficiente de estabilidad de .72.

La resiliencia sexual en el adolescente se midió a través de dos escalas: escala de Resiliencia para Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993) y la Escala de Conducta Sexual (Villarruel et al., 2004). La primera escala mide el nivel de resiliencia para sexo seguro, está formada por 22 ítems. Un ejemplo de reactivo es: si hiciera planes para tener sexo seguro, los llevaría a cabo. La escala está compuesta por dos subescalas: la subescala de competencia personal, que consiste en 18 reactivos (13, 14, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 1, 3, 4, 5, 9, 10, 2, 6, 20, 21), y la subescala aceptación de sí mismo y la vida, compuesta por 4 reactivos (7, 8, 12, 16). Presenta un coeficiente de confiabilidad .94.

Consideraciones éticas. El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el reglamento en la *Ley General de Salud* en materia de investigación en el área de la salud (Secretaría de Salud, 1987). Contó con un dictamen de aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Unidad Académica, así como directivos de facultades públicas. De igual forma, se contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes.

Análisis de datos. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 para Windows®. Previo al análisis, se generaron índices para cada una de las escalas y subescalas de los instrumentos utilizados. Se utilizó estadística descriptiva, como medias, mínimos y máximos para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Previo

al análisis, se procedió a verificar si las variables contaban con distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($K-S$) con corrección de Lilliefors, las cuales no presentaron distribución normal, por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos de estudio. Se utilizó de la prueba de correlación de Spearman y Modelos de Regresión Lineal Simple con el contraste Bootstrap y la técnica enter manual, para el modelo final.

Resultados

Descripción de las participantes. La muestra se conformó por 502 mujeres con una *media* de edad de 20.32 ($DE= 1.50$), el 93.8% de las participantes son solteras, el 5.0% casadas, el 1.0% en unión libre y el .2% divorciada. El 31.9% pertenecía a la Facultad de Enfermería, el 24.0% de la Facultad de Negocios, el 18.0% de la Facultad de Derecho, el 14.1% de la Facultad de Trabajo Social, el 7.9% de la Facultad de Ingeniería y el 4.2% de la Facultad de Medicina.

En la tabla 1 se presenta la consistencia de los instrumentos. En todas las escalas se realizó prueba de Alpha de Cronbach; los instrumentos presentaron confiabilidad interna aceptable (Grove & Gray, 2019). Asimismo, de acuerdo con los resultados de la prueba de Kolgomorov-Smirnov lilliefors para normalidad, no se presentó una distribución normal.

Tabla 1.

Consistencia interna de los instrumentos

	Ítems	Alpha de Cronbach
Escala de autoestima	10	.81
Apoyo social	77	.89
Apoyo familiar	19	.76
Apoyo de pareja	22	.83
Apoyo de amigos	18	.76
Apoyo de proveedores de salud	18	.80
Escala de Resiliencia Sexual	22	.92

Nota: $n= 502$.

En la tabla 2 se presenta la matriz de correlación, donde se encontró que la autoestima ($r=.13$, $p< .01$), el apoyo de la familia ($r=.22$, $p< .01$), el apoyo de la pareja ($r=.39$, $p< .01$), el apoyo de los amigos ($r=.29$, $p< .01$) y de los proveedores de salud para sexo seguro ($r=.31$, $p< .01$), mostraron relación con la resiliencia sexual.

Tabla 2.

Correlación de Spearman entre la autoestima, el apoyo social para sexo seguro y la resiliencia sexual

	Resiliencia sexual
Autoestima	.13*
Apoyo familiar	.22*
Apoyo de pareja	.39*
Apoyo de amigos	.29*
Apoyo de proveedores de salud	.31*

Nota: * $p< .01$, $n= 502$.

Para conocer si la autoestima y el apoyo social para sexo seguro influye en la resiliencia sexual se realizaron modelos de regresión lineal simple con el contraste Bootstrap. En la tabla 3 se presenta el modelo, donde se puede señalar que la autoestima, el apoyo familiar, de la pareja, de amigos y de los proveedores de salud para sexo seguro explicaron el 14.1% de la varianza en la resiliencia sexual. Específicamente, el apoyo de la pareja, de amigos y de los proveedores de salud para sexo seguro mostraron pesos estadísticamente significativos ($F_{[5,469]} = 16.361$, $p < .001$).

Tabla 3.

Modelo inicial con Bootstrap de autoestima, apoyo social para sexo seguro en la resiliencia sexual

	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	21.995	.000	10.960	33.029
Autoestima	.053	.254	-.038	.143
Apoyo familiar	.069	.233	-.045	.183
Apoyo de pareja	.209	.002	.076	.342
Apoyo de amigos	.176	.008	.046	.306
Apoyo de proveedores de salud	.196	.002	.074	.319

Nota: * $p < .01$, $n = 502$, *LI*= Límite Inferior, *LS*= Límite Superior.

Se realizó la técnica enter manual, para el modelo final de autoestima, apoyo social para sexo seguro en la resiliencia sexual, donde se eliminaron las variables que no fueron significativas. Se eliminaron la variable de autoestima y apoyo familiar dado que no mostraron significancia dentro del modelo. En la tabla 4 se presenta el modelo final con el contraste Bootstrap. El modelo final muestra que el apoyo de la pareja, amigos y proveedores de salud para sexo seguro explicaron el 13.9% de varianza en la resiliencia sexual ($F_{[3,469]} = 26.181$, $p < .001$). Todas las variables mostraron pesos estadísticamente significativos.

Tabla 4.

Modelo final con Bootstrap de autoestima, apoyo social para sexo seguro en la resiliencia sexual

	<i>B</i>	<i>p</i> bilateral	Intervalo de confianza 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	27.505	.000	18.829	36.182
Apoyo de pareja	.240	.000	.111	.368
Apoyo de amigos	.174	.008	.045	.303
Apoyo de proveedores de salud	.205	.001	.085	.326

Nota: * $p < .01$, $n = 502$, *LI*= Límite Inferior, *LS*= Límite Superior

Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar si la autoestima y el apoyo social para sexo seguro influye en la resiliencia para sexo seguro en mujeres. En la presente investigación se encontraron relaciones positivas entre la autoestima, las estructuras de apoyo social como la familia, amigos, pareja y proveedores de salud, se ha constado que a través de ellos la mujer va adquiriendo experiencias significativas, estas experiencias le han permitido adoptar conductas sexuales seguras superando los riesgos que conlleva una ITS. Taylor y Rew (2000) refieren que los factores protectores que contribuyen a disminuir la conducta sexual de riesgo son los conocimientos sobre sexualidad, la autoestima y la autoeficacia, por lo que argumentan que estos factores amortiguan de forma positiva las conductas sexuales de riesgo seguras.

A su vez, Esparza y Moreno (2019) aluden que las estructuras de apoyo generan influencias positivas e inciden fuertemente en la resiliencia sexual en la mujer, por lo que se ha demostrado que, ante la situación de vulnerabilidad biológica y desigualdades de género, ha sido capaz de responder de manera crítica y asertivas situaciones de riesgo sexual. Por tanto, el apoyo social es reconocido como un factor determinante en la salud de los individuos; hallazgos encontrados en investigaciones similares refieren que las personas experimentan cambios significativos y la importancia de los soportes



de estas estructuras también se dan en contrapuestas produciendo al mismo tiempo inestabilidad en la percepción de apoyo y la influencia sobre conductas sexuales de riesgo (Orcasita & Uribe, 2010).

Respecto a los resultados del modelo del presente estudio, se demostró que el apoyo de la pareja, amigos y proveedores de salud para sexo seguro influyen en la resiliencia sexual de las mujeres. En cuanto a estos hallazgos, se puede señalar que con los factores protectores en la presente investigación se constató que las mujeres con mayor apoyo de pareja son más resilientes; esto puede deberse al proceso de identificación y comunicación entre parejas para la adopción de conductas sexuales seguras (Díaz, 2015). A su vez, los hallazgos del presente estudio indican que el apoyo de los amigos para realizar sexo seguro se asoció con la resiliencia sexual, demostrando que las fuentes principales de apoyo en las mujeres jóvenes se dan entre pares, una investigación similar demuestra que estos grupos tienen gran influencia entre pares. Sin embargo, pueden determinar comportamientos positivos y negativos. Lo anterior puede deberse a presiones de pares sobre el inicio temprano de la actividad sexual, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Mosqueda, Mendoza, Aravena & Barriga, 2015).

Estos resultados podrían explicarse de acuerdo con la transición cultural y social en la mujer. Weeks (1998) plantea que el individuo está íntimamente ligado a lineamientos culturales que le asigna la sociedad; a través de ellas se crea la percepción y conductas de riesgo sexual que giran en función de los patrones culturales de su contexto. Se puede vislumbrar la comparación en estudios con variables similares cómo la mujer ha desarrollado la capacidad resiliente para el empoderamiento del cuidado de su cuerpo frente a las ITS. Lo anterior puede deberse a la apropiación de la construcción del género. La lucha de la mujer sobre la igualdad de género ha permitido abrir brecha en su educación y preparación, lo que ha traído mejores oportunidades laborales, logrando así una transformación que se visibiliza al levantar la voz sobre sus derechos sexuales.

Al mismo tiempo, se encontró influencia entre el apoyo de los proveedores de salud para sexo seguro y la resiliencia sexual en mujeres; esto pudiera deberse al papel que juegan el profesional de la salud en el primer nivel de atención al brindar temas de educación sexual, ya que ayuda a que las mujeres jóvenes tomen decisiones asertivas y crear conciencia de los riesgos sexuales. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) indica que los profesionales de la salud deben estar comprometidos en proveer servicios de calidad, calidez y que garantice los derechos sexuales a las personas, sobre todo prestar servicios de salud con equidad de género, para eliminar disparidades injustas entre mujeres que se asocian en desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico.



Conclusiones

De acuerdo con los hallazgos, se puede concluir que los factores de protección como la familia, amigos, parejas y proveedores de salud, son fuente importante de protección para sobrellevar diversas situaciones relacionadas con su sexualidad y la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes frente a los riesgos sobre las ITS; con la presente investigación se demostró una influencia significativa entre el apoyo de pareja y el apoyo de los proveedores de salud, estas estructuras de apoyo destacaron en el estudio como principales influencias en la mujer para la identificación y manejo de los factores de riesgo, obteniendo resultados positivos al ejercer conductas sexuales y decisiones asertivas para prácticas sexuales saludables, demostrando ser resiliente ante la gama de adversidades, estableciendo límites sobre el cuidado de su cuerpo, favoreciendo con ello una práctica de sexo seguro.

Es importante destacar la necesidad de seguir realizando investigaciones en la presente población; vista ahora desde diferentes aristas, como es el caso de las poblaciones vulnerables, el profesional de la salud hace frente a una diversidad de culturas, en donde las condiciones y estructuras de apoyo son diferentes, algunos son marcados por su cultura, otros por factores económicos, sociales o demográficos. Lo anterior pudiera influir de manera positiva o negativa en la toma de decisiones del cuidado de su cuerpo frente a las ITS. Es por ello que los resultados del presente estudio no se pueden generalizar; por tanto, se hace necesario seguir trabajando con las variables utilizadas en diferentes grupos específicos, como es la población de jóvenes. Cabe mencionar que hablar sobre de ITS sigue siendo un tema sensible debido a las ideologías culturalmente arraigadas; sin embargo, los resultados de la presente investigación muestran que a pesar de existir diferentes estructuras familiares las jóvenes cada día han logrado ser más resilientes.

Lo anterior representa para el profesional de la salud un reto para indagar y comprender los factores que influyen en la percepción y conductas sexuales de las mujeres jóvenes, pues a través de ellas se generan cambios de conductas responsables para prevenir ITS; con el respaldo de los factores protectores, la mujer ha sido capaz de manejar factores de riesgo, tomando decisiones responsables sobre el cuidado de su cuerpo.

Referencias

Aids Healthcare Foundation, AHF (2020). Mujeres y VIH: empoderadas lejos de la victimización. <<https://pruebadevih.com.mx/mujeres-y-vih-empoderadas-lejos-de-la-victimizacion/>>.



- Bolaños, M. & Díaz, M. (2017). Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/sida en la atención primaria de salud. *Escuela Nacional de Salud Pública*, 32(4), 1–8.
- Castillo, L. & Benavides, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan*, 12(2), 169–182. <<https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103008.pdf>>.
- Castillo-Arcos, L. del C.; Álvarez-Aguirre, A.; Bañuelos-Barrera, Y.; Valle-Solís, M.O.; Valdez-Montero, C. & Kantún-Marín, M.A. (2017). Edad, género y resiliencia en la conducta sexual de riesgo para ITS en adolescentes al sur de México. *Enfermería Global*, 16(45), 168–187. <<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>>.
- Ceballos, O.; Camargo, G.; Jiménez, S. & Requena, M. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 29–38. <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/10611/10036>>.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, CENSIDA (2021). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/641902/VIH-Sida_1erTrim_2021.pdf>.
- Cutrona C.E. & Russell, D.W. (1987). The Provisions of Social Relationships and Adaptations to Stress. In: Jones WH, Perlman D, ed. *Advances in personal relationships*. Greenwich (CT): JAI Press, 37–67.
- Darbes, L.A. & Lewis, M.A. (2005). HIV-specific Social Support Predicts Less Sexual Risk Behavior in Gay Male Couples. *Health Psychol*, 24(6), 617–22.
- Díaz, A.; Parra, S.; Aravena, V. & Barriga, O. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm Glob*, 14(3), 125–136.
- Esparza, S. & Moreno, M. (2019). Influencia del apoyo social percibido para el sexo seguro en la resiliencia sexual. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 80–91. <<http://dx.doi.org/10.30681/252610103290>>.
- Forés, A. & Grane, J. (2008): *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma.
- Guerrero, J. (2014). Resiliencia sexual en adolescente: una revisión desde la psicología positivista. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 2(1), 45–50.
- Marcovici, K. (2002). El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/sida en América Latina y el Caribe. *Programa Mujer, Salud y Desarrollo Organización Panamericana de la Salud*. <<https://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVSpanish.pdf>>.



- Mosqueda, A., Mendoza, S.; Aravena, V. & Barriga, O. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en poblaciones adolescente. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006>.
- Orcasita, L. & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychol Av Discip*, 4(2), 69–82. <<https://doi.org/10.21500/19002386.1151>>.
- Organización Mundial de la Salud, oms (2019). VIH y sida, datos y cifras. <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>.
- Organización Panamericana de la Salud, ops (2019). Conferencia magistral sobre Salud Sexual y Reproductiva. <<https://www.paho.org/es/search/r?keys=experto+oms+realiza+conferencia+magistral+sobre+salud+sexual+reproductiva+Honduras>>.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, ONUSIDA (2020). Estadísticas mundiales sobre el VIH. <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>>.
- Taylor-Seehafer, M. & Rew, L. (2000). Risk Sexual Behavior Among Adolescent Woman. *Journal SPN*, 5(1), 15–24.
- Villarruel, A.; Jemmontt, J. & Ronis, D. (2004). Predictors of Sexual Intercourse Intentions and condom use Among Spanish dominant youth: A Test of the Theory of Planned Behavior. *Nursing Research*, 53(3), 172–181.
- Vinson, J. (2008). Children with Asthma: Initial Development of the Child Resilience Model. *Pediatric Nursing*, 28(2) 149–158.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México, D.F: Paidós Ibérica.



CAPÍTULO 14

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

PERCEPTION OF WOMEN DURING THE PUERPERIUM ON DELIVERY CARE RESPECTFUL WITH CULTURAL RELEVANCE

Carolina Peñúñuri-Pacheco,¹ Martha Ofelia Valle-Solís,² Maribel Ramírez-Estrada,³ María Magdalena Sandoval-Jiménez,⁴ Verónica Benítez-Guerrero,⁵ Luis Gerardo Valdivia Pérez⁶

1. Especialista en Enfermería Obstétrica y Neonatal de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit.
2. Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit. Perfil Deseable PRODEP. Autora de correspondencia: <martha.valle@uan.edu.mx>.
3. Maestría en Ciencia de Enfermería. Profesora de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit.
4. Maestra en Ciencias. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit. Perfil Deseable PRODEP.
5. Doctora en Ciencias de la Educación. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidata).
6. Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de la Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit. Perfil Deseable PRODEP.

Dirección postal: Mina Peñafiel 20, Fracc. Minas de Xalli. Xalisco, Nayarit, México. C.P. 63787. Tel: 3112436251



Resumen

Introducción. La implementación del parto respetuoso con pertinencia cultural por la Secretaría de Salud en México ha sido un cambio radical tanto para los profesionales de la salud como para las mujeres gestantes, en trabajo de parto, parto y puerperio. *Objetivo.* Determinar la percepción de las mujeres durante el puerperio sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural en Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, de Tepic, en el periodo mayo a junio de 2019. *Métodos.* Estudio cuantitativo, descriptivo de tipo transversal. Tamaño y tipo de muestra: método no probabilístico por conveniencia, estuvo constituida por 102 mujeres. Las respuestas se basaron en la escala Likert de 4 puntos. Para el procesamiento de la información: programa estadístico SPSS Statistics versión 21 y Excel 2010. Análisis de resultados: estadística descriptiva. *Resultados.* El 95.1% refiere que la percepción de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural es adecuada y 15.7% de las participantes refirió que la percepción sobre la dimensión libre elección de posición durante el trabajo de parto es inadecuada. *Conclusiones.* La percepción de las mujeres durante el puerperio sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural evidenció que la mayoría de las mujeres coincide que se percibió de manera adecuada.

Palabras clave: Percepción, parto obstétrico y periodo posparto.

Abstract

Introducción. The implementation of respectful childbirth with cultural relevance by the Secretary of Health in Mexico has been a radical change for both health professionals and pregnant women, in labor, delivery and the puerperium. *Objective.* To determine the perception of women during the puerperium on respectful delivery care with cultural relevance in Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, de Tepic, in the period May to June 2019. *Methods.* Type of study: quantitative, descriptive type cross-sectional Sample size and type: non-probabilistic method due to convenience, it was made up of 102 women Responses were based on the 4-point Likert scale For information processing: statistical program SPSS Statistics version 21 and Excel 2010. Analysis of results: descriptive statistics. *Results.* 95.1% reported that the perception of the participants about respectful delivery care with cultural relevance is adequate and 15.7% of the participants reported that the perception of the dimension free choice of position during labor is inadequate. *Conclusions.* The perception of women during



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN
DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

the puerperium on the care of childbirth respectful with Cultural relevance showed that most of the women agree that it was perceived appropriately.

Keywords: Perception, obstetric delivery and postpartum period.

Introducción

La implementación del parto respetuoso con pertinencia cultural por la Secretaría de Salud en México (hospitales públicos) ha sido un cambio radical tanto para los profesionales de salud como para las mujeres gestantes, en trabajo de parto y parto. Este programa tiene por objetivo principal

[...] que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir (Vela, 2015).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018),

[...] cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

En México, el

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, señala que la Razón de Mortalidad Materna se estima en 43 defunciones por 100 mil nacidos vivos, con contrastes por entidad federativa, explicando que las causas de la mortalidad materna son prevenibles: el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio es mayor en las adolescentes (Gobierno de la República, 2019).



En Nayarit, el Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía (INMUJERES, 2019), señaló que en 2016 la «Razón de Mortalidad Materna fue de 35.4 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, debido a complicaciones del embarazo, parto o puerperio».

Por otra parte, el nacimiento de un recién nacido por vía vaginal se está dejando de lado por las mujeres gestantes y de algunos profesionales de la salud, al preferir el nacimiento de su bebé mediante la cesárea; esta elección se relaciona con la «seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas medicolegales y presión de la paciente al médico» (IMSS, 2014). Actualmente, la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que haya indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo (OMS, 2015).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Las cesáreas representan el 38.5% de los nacimientos en el sector público, porcentajes por encima de la recomendación de la OMS que sugiere que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe rebasar el 15%. En México, el 46.2% de los nacimientos de mujeres de 20 a 49 años son cesáreas (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) refiriendo que en los últimos 12 años el número de cesáreas se incrementó en 50.3%, en el sector público en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Su práctica se relaciona con un mayor riesgo de morbilidad materna y neonatal, mayor número de partos pretérmino y de acretismo placentario en el siguiente embarazo (Secretaría de Salud, 2015). En Nayarit, el Consejo Nacional de Población (2019) señaló que «el porcentaje de partos por cesárea fue 42.6 en 2014, inferior al porcentaje nacional de 46.3».

Dentro de una estrategia de la OMS en salud reproductiva, llamada «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto», se señala que «es frecuente ver a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado.

Se cuenta con algunos datos sobre la insatisfacción de las mujeres por la atención del parto a nivel institucional y privado. A nivel institucional y nacional hay algunos indicadores indirectos, como las quejas de mala práctica médica relacionadas con la violencia en los procesos de atención perinatal, tales como tacto vaginal, algún tipo de abuso durante el trabajo de parto (verbal y físico); estos son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con mala práctica médica. Las especialidades de las que más se reciben quejas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) son ginecología y obstetricia con 15%, y en orden decreciente



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN
DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

siguen las de ortopedia y traumatología con 12.5%, urgencias médicas 10%, cirugía general 7.3%, y odontología 7%. Estas cinco especialidades concentran 51.8% de las quejas recibidas.

La atención obstétrica es la que más quejas tiene, la insatisfacción de las usuarias está relacionada con la violencia en los procesos de atención perinatal, conocida como violencia obstétrica, problemática nacional ampliamente conocida (Secretaría de Salud, 2015). En Nayarit, en el registro de quejas ante las comisiones de arbitraje médico estatales 2010-2015, se registraron 7 quejas obstétricas. Ante ello, en junio de 2016 la *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Nayarit* adicionó el término de violencia obstétrica en su Ley (CEAV, 2015).

Dentro de la violencia obstétrica se encuentra el trato inadecuado del profesional de la salud con la gestante, realización del tacto vaginal en exceso, uso de medicamentos por rutina para el periodo de dilatación, manejo de medicamentos rutinarios para el manejo del dolor, utilización únicamente de posición obstétrica durante el parto, entre otras. Ante este problema de salud pública, la OMS en 2001 publicó las recomendaciones acerca del cuidado perinatal titulado «Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto», donde propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro (Chalmers, Mangiaterra, y Porter, 2001).

En 2018, la OMS retoma estos principios y publica «Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar», actualizando los principios que se tenían sobre esta atención. Esta directriz reconoce una «experiencia de parto positiva» como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas (OMS, 2018).

De acuerdo con las leyes de México, el 7 de abril de 2016 se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, siendo publicada en el *Diario Oficial de la Federación* bajo el nombre de NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Esta maneja nuevos conceptos; uno de ellos es el parto respetuoso con pertinencia cultural, el cual pretende favorecer la seguridad emocional de la mujer, propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, así como brindar una atención de calidad



con respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, permitiendo la ingesta de líquidos de acuerdo con sus necesidades y la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atenci3n m3dica cuente con el espacio suficiente y seguro.

Tambi3n menciona que la prescripci3n de analg3sicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto y la inducci3n y conducci3n del trabajo de parto, as3 como la ruptura artificial de las membranas se realizar3n seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente de conformidad. El inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda debe ser dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona reci3n nacida, en mujeres y reci3n nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan, seguido el alojamiento conjunto.

Por otro lado, la tricotom3a vulvo-perineal y la aplicaci3n de enema evacuante, no ser3n de aplicaci3n obligatoria; se debe reducir el n3mero de tactos vaginales. Rechaza la realizaci3n de la maniobra de Kristeller y la revisi3n manual de la cavidad uterina de manera rutinaria. Refiere expl3citamente que ninguna persona que preste servicios de ginecolog3a y obstetricia discriminar3 o ejercer3 alg3n tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto (*Diario Oficial de la Federaci3n, 2016*).

En M3xico, la Secretar3a de Salud est3 poniendo en pr3ctica la implementaci3n del parto respetuoso con pertinencia cultural en sus hospitales p3blicos. En dos hospitales en Hidalgo y Durango se inici3 con esta estrategia; el hospital de Hidalgo desde el 2006 atiende anualmente en promedio 6 mil 133 nacimientos (Secretar3a de Salud, 2014), y en el Hospital de Durango, del 2013 al 2015, se atendieron 348 partos (Garc3a, Almaguer y Montoya, 2015). Estos hospitales tienen por objetivo reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, donde la atenci3n debe caracterizarse por concebir al embarazo, parto y puerperio como parte de un proceso fisiol3gico, natural y saludable; por tanto, la atenci3n debe ser humanizada, segura, sin violencia y sin sobremedicalizaci3n, tomando en cuenta la cultura de la usuaria, basada en la mejor evidencia cient3fica disponible, y debe reconocer y valorar la autonom3a de las mujeres y su protagonismo durante el parto, as3 como garantizar sus derechos humanos (Secretar3a de Salud, 2015).

En Nayarit, se encuentra el Hospital General Mixto de Jes3s Mar3a, el cual tiene caracter3sticas semejantes a los hospitales anteriores; aqu3 existe un respeto incondicional por parte del profesional de la salud a las costumbres de los m3dicos tradicionales, por su cultura, por sus tradiciones y por su medicina, la paciente decide si desea tratar su embarazo, trabajo de parto y parto con la medicina tradicional o con tratamiento m3dico convencional (Villegas, 2016). Cabe se3alar que en la actualidad el Hospital Civil Dr. Antonio Gonz3lez Guevara (Tepic), donde se realiz3 la investigaci3n, est3



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN
DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

en marcha el programa «Atención amigable a la madre», enfocado también en el parto respetuoso con pertinencia cultural.

Para lograr una atención respetada con pertinencia cultural, se requiere que los profesionales de la salud, en especial el personal enfermero (ya que tienen más contacto directo con las pacientes), estén sensibilizados y capacitados con este modelo de atención y estén dispuestos a romper con la rutina, las barreras culturales y la mecanización de la medicina occidental. El conocimiento de esta atención va más allá de realizar un simple procedimiento; implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas directamente o transmitidas de generación en generación.

En ese sentido, es importante que enfermería realice estudios que identifiquen la percepción de las pacientes púerperas sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, que se brinda como nueva implementación en las instituciones sanitarias que buscan cambiar y mejorar constantemente paradigmas que impiden que la prestación de servicios de salud se lleven a cabo de forma satisfactoria para así el profesional de salud esté consciente de la aceptación que tengan las pacientes y conozcan los aspectos que sean importantes de reforzar y trabajar en ellos, siempre con el objetivo de reducir la violencia obstétrica, disminuir los índices de cesárea y buscar las mejores condiciones para la madre y el recién nacido.

El presente estudio de investigación contó con los medios necesarios para llevarse a cabo. La aplicación del instrumento no alteró ni causó ningún daño al individuo, comunidad, ni ambiente, puesto que la finalidad fue conocer la percepción de las mujeres durante el puerperio sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural. El estudio fue autofinanciable y no requirió de un financiamiento por parte de alguna entidad.

Métodos

Tipo de estudio cuantitativo, descriptivo de tipo transversal. Este estudio se consideró cuantitativo, puesto que se examinaron diferentes datos numéricos que son medibles, descriptivo, ya que se midió de manera independiente al fenómeno de estudio y de corte transversal porque la recolección de datos fue en un solo momento, describiendo la variable y analizando su comportamiento del periodo de mayo a junio de 2019 (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El universo estuvo constituido por 150 mujeres que presentan parto vaginal al mes en el servicio de Tococirugía del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, de



Tepic, Nayarit. Tipo de muestreo para la selección de muestra se utilizó el método no probabilístico por conveniencia, estuvo constituida por 102 mujeres que tuvieron un parto vaginal sin complicaciones y se encontraron en periodo de puerperio, hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, de Tepic, Nayarit, en el periodo de mayo-junio de 2019, en los días de lunes a domingo en el turno matutino y vespertino, hasta completar la muestra.

Criterios de inclusión: paciente ≥ 18 años, paciente en periodo de puerperio inmediato de parto vaginal, paciente hospitalizada en el Servicio de Ginecología del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, de Tepic, Nayarit, en el periodo de mayo a junio de 2019, en los días de lunes a domingo en el turno matutino y vespertino (hasta completar muestra), pacientes que acepten participar en la investigación y pacientes que hayan firmado el consentimiento informado. En los criterios de exclusión: paciente con alteración del estado de conciencia, paciente que no hable el idioma español y paciente que no acepte participar en el estudio.

Previo a la recolección de datos, se solicitó la autorización del Jefe de Calidad, Educación e Investigación en Salud del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara. El estudio fue autorizado por el Departamento de Calidad, Educación e Investigación en Salud, con el número de oficio 0433. Se identificaron a todas aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión atendidas durante el mes mayo-junio de 2019, las cuales fueron abordadas en el Servicio de Ginecología en los días de lunes a domingo en el turno matutino y vespertino (hasta completar muestra). Se aplicó un cuestionario de carácter anónimo, donde la fuente de investigación fue primaria, ya que se obtuvo información de la misma paciente.

El instrumento empleado incluyó 27 preguntas que respondieron a las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y a cuatro dimensiones del parto respetuoso con pertinencia cultural en las que se centró la presente investigación, las cuales son: al trato profesional, libre elección de posición durante el trabajo de parto, manejo del dolor y contacto piel con piel. Del total de preguntas incluidas en el instrumento, los ítems que permitieron evaluar las características sociodemográficas fueron los ítems del 1 al 4 y para las características gineco-obstétricas fueron del 5 al 7. La dimensión del trato profesional se evaluó en los ítems del 8 al 15, la libre elección de posición durante el trabajo de parto en los ítems del 16 al 19, el manejo del dolor en los ítems del 20 al 23 y la dimensión de contacto piel con piel en los ítems del 24 al 27. Las respuestas para cada pregunta se basaron en la escala Likert de 4 puntos, donde 1 punto correspondió a nunca, 2 puntos a algunas veces, 3 puntos a casi siempre y 4 puntos a siempre.

El instrumento fue validado en una investigación realizada en Perú, en 2015, donde se aplicó una prueba piloto y el coeficiente Alfa de Cronbach para establecer la confiabi-



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN
DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

lidad, dando por resultado 0.8 (Vela, 2015); sin embargo, se le realizaron modificaciones al instrumento para adecuarlo y adaptarlo a la población y a la institución donde se aplicó esta investigación en busca de mejorarlo; por tanto, se aplicó la prueba piloto y una revisión de expertos para obtener su confiabilidad y validación nuevamente. El instrumento brinda rangos de puntajes; estos rangos globales de percepción se clasificaron según una escala percentilar 50 y 75, en los cuales fueron modificados, ya que se aumentó el número de reactivos, se modificó de la siguiente manera:

Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 61 a 80 puntos, se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma adecuada. Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 41 a 60 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma regular. Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 20 a 40 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma inadecuada.

También se agregaron rangos de puntajes para evaluar cada una de las dimensiones, los cuales son los siguientes: percepción sobre la dimensión trato profesional de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural: si los puntajes de esta dimensión en el instrumento se encuentran en el rango de 25 a 32 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que la dimensión trato profesional de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma adecuada. Si los puntajes de esta dimensión en el instrumento se encuentran en el rango de 16 a 24 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que la dimensión trato profesional de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma regular. Si los puntajes de esta dimensión en el instrumento se encuentran en el rango de 8 a 15 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que la dimensión trato profesional de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma inadecuada.

Percepción sobre las dimensiones elección de posición durante el trabajo de parto, manejo del dolor y contacto piel con piel de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural: si los puntajes de estas dimensiones en el instrumento se encuentran en el rango de 13 a 16 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que la dimensión (dimensiones elección de posición durante el trabajo de parto, manejo del dolor y contacto piel a piel) de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma adecuada. Si los puntajes de estas dimensiones en el instrumento se encuentran en el



rango de 8 a 12 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que la dimensión (dimensiones elección de posición durante el trabajo de parto, manejo del dolor y contacto piel a piel) de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma regular.

Si los puntajes de estas dimensiones en el instrumento se encuentran en el rango de 4 a 7 puntos se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que la dimensión (dimensiones elección de posición durante el trabajo de parto, manejo del dolor y contacto piel a piel) de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se ha realizado de forma inadecuada. Para el procesamiento de la información se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS Statistics versión 21 y Excel 2010, para el análisis de resultados se llevó a cabo estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados

Referente a la percepción sobre la dimensión trato profesional de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, el 98% (100) lo percibe de forma adecuada, mientras que solo el 2% (2) lo hace de forma regular, de acuerdo con la escala del instrumento utilizado.

Relacionado con la percepción sobre la dimensión libre elección de posición durante el trabajo de parto de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, el 45% (45) lo percibe de forma regular, el 40.2% (41) de manera adecuada y el 15.7% (16) inadecuada.

De acuerdo con la percepción sobre manejo del dolor de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, el 88.2% (90) lo percibe de forma adecuada, el 9.8% (10) regular y solo el 2% (2) inadecuada.

Acorde con la percepción sobre contacto piel a piel de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, el 96.1% (98) lo hace de manera adecuada, el 2.9% (3) regular y el 1% (1) inadecuada.

Y conforme a los datos recabados sobre la percepción de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, el 95.1% (97) lo percibe de forma adecuada, mientras que solo el 4.9% (5) lo hace de forma regular.



Discusión

De acuerdo con la dimensión trato profesional, se encontró que el 98% de las participantes perciben como adecuada la dimensión de trato profesional. Semejante a S. N. Silvestri (2016), donde encontró que la mayoría de las pacientes en cuanto al trato profesional tuvo una buena, al igual que Vela Coral donde su percepción fue adecuada (Vela, 2015). De acuerdo con la dimensión libre elección de posición durante el trabajo de parto, se encontró que en su dimensión libre elección de posición durante el trabajo de parto el 45% lo percibe de forma regular; semejante a G. P. Vela Coral (2015) donde tampoco tuvieron una adecuada percepción, difiriendo de S. N. Silvestri (2016), ya que esta dimensión se percibe como mala.

Por otro lado, se han realizado estudios que nos brindan información sobre la importancia de la deambulación durante el trabajo de parto en fase activa y sobre los beneficios que trae hacia la gestante, como A. Silva y A. Arquímedes (2017) donde demostraron que la no deambulación aumenta el riesgo de alargamiento de la fase activa y que 6 de cada 10 nulíparas que no disminuyen la duración de la fase activa es porque deambulan menos de 120 minutos; además, se encontró que el tiempo más eficaz para deambular y disminuir la fase activa es 148 minutos, concluyendo que la deambulación durante la fase activa del parto en nulíparas disminuye su tiempo de duración, seis de cada diez mujeres en labor de parto están dispuestas a deambular durante la fase activa, una nulípara durante la fase activa tiene una deambulación promedio de 123 minutos, las nulíparas que deambulan durante la fase activa tiene una duración promedio de 6 horas 27 minutos. Al igual que J. E. Montañez (2017), donde demostraron que la deambulación menor a 120 minutos incrementa el riesgo de tener dolor severo durante la fase activa del parto en nulíparas y encontró que el tiempo ideal para deambular y disminuir el dolor durante la fase activa del parto es 170 minutos.

De acuerdo con los resultados de M. Suárez, D. Armero, M. Canteras y M. Martínez (2015), gracias a la elección de postura en la dilatación y en el parto, se ve reforzada la autonomía de las mujeres, influyendo positivamente en el proceso de parto y en la finalización de este, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad, y satisfacción de las mujeres, así como el empoderamiento de las mismas.

Por otra parte, M. Macías, J. Haro, F. Piloso, G. Galarza, M. C. Quishpe y B. Triviño (2018) encontraron que cada mujer puede asumir libremente aquella posición que le resulte más eficaz, cómoda o placentera durante todo el trabajo de parto y el periodo expulsivo, indudablemente las preferencias espontáneamente referidas por la mujer serán a favor de las posiciones verticales, acuclilladas, semisentadas o sentadas, de rodillas o de pie sostenidas por su pareja, con un fuerte rechazo a acostarse. En la



búsqueda de la posición sienten claramente que el esfuerzo de pujar espontáneamente es más fácil, experimentando menos dolor sacrolumbar.

De acuerdo con la NOM-007-SSA2-2016, durante el trabajo de parto se

[...] propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica (*Diario Oficial de la Federación*, 2016).

Referente a la dimensión manejo del dolor, se encontró que en su dimensión manejo de dolor el 88.2% de las participantes la percibe de manera adecuada. Similar a S. N. Silvestri (2016) donde esta dimensión se percibió como buena, mientras que con G. P. Vela Coral (2015) refutó, ya que nunca fue percibida como favorable.

Es indiscutible que los dolores de trabajo de parto y parto son intensos, y su intensidad muchas veces depende de la percepción del dolor de cada paciente; sin embargo, como profesionales de la salud es importante brindar un buen manejo para su control. De acuerdo con las Recomendaciones de la OMS, sugiere la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer, el uso de opioides en administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina. También hace énfasis en las técnicas de relajación para el tratamiento del dolor como la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena, así como el uso de técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer (OMS, 2018).

Referente a la dimensión contacto piel con piel, encontró que en su dimensión contacto piel con piel el 96.1% de las participantes la percibe de manera adecuada. Similar a S. N. Silvestri (2016), ya que obtuvo que el contacto piel a piel del recién nacido con su madre fue buena.

Existen investigaciones que hablan de la importancia del contacto piel con piel y sobre la lactancia materna al nacimiento o en las primeras horas de vida extrauterina, tales como Macías, Haro, Piloso, Galarza, Quishpe y Triviño (2018) donde encontraron que el contacto piel a piel y la lactancia materna inmediata estrecha el vínculo entre ambos y se favorece desde las primeras horas del nacimiento el traspaso de los nutrientes a su hijo para su crecimiento y desarrollo. Por otro lado, Serrano y Viracucha (2016) concluyeron que si un niño nace en un ambiente agradable, lleno de amor y vive un parto con naturalidad, optimismo y tranquilidad, tendrá repercusiones importantes en



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN
DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

la personalidad y en el desarrollo psicológico del niño. Por otra parte, Suárez, Armero, Canteras y Martínez (2015), concluyeron que el contacto piel con piel es una práctica que directa e indirectamente disminuye el gasto sanitario y las hospitalizaciones tanto de la mujer como del recién nacido.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, «se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia» (OMS, 2018) y acorde con la NOM-007-SSA2-2016, el «inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan» (*Diario Oficial de la Federación*, 2016).

De acuerdo con la percepción global de las participantes sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, se obtuvo que el 95.1% lo percibe de forma adecuada, mientras que solo el 4.9% lo hace de forma regular. Diferenciando de G. P. Vela Coral (2015) donde obtuvo que en general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada; sin embargo, el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular, concluyendo que más de la mitad de las puerperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular.

En México, la Secretaría de Salud (2015) tuvo como resultado que gracias a la aplicación del programa sobre la atención de parto respetuoso con pertinencia cultural se reportó la disminución de cesáreas y casos de hemorragia obstétrica, cuya reducción en cuatro años fue de 0.19%.

Por otra parte, se pudo observar el desconocimiento de las participantes acerca del parto respetuoso con pertinencia cultural, al momento de leer el consentimiento informado; fue similar a la investigación de V. T. Orbe y T. G. Piedra (2018), donde se concluyó que no existe una educación a las pacientes frente a lo que la guía del parto culturalmente adecuado ofrece, ellas no conocen los derechos que poseen durante la labor de parto, por ello no exigen sus derechos y tampoco se adaptan a lo que los profesionales de salud les ofrecen.

Asimismo, M. G. Macías Intriago y colabora M. Macías, J. Haro, F. Piloso, G. Galarza, M. C. Quishpe y B. Triviño (2018) concluyeron que solo si la embarazada y su pareja están al tanto de sus opciones de riesgos y beneficios ya sea para la madre como para el bebé tiene la importancia de lo que quieren y, sobre todo, lo que no quieren, solo así el parto puede ser humanizado, la mujer y la pareja conozcan los beneficios físicos y emocionales del parto humanizado, sería un paso importante para dominar la desigualdad de información entre médicos y pacientes, disminuir la tasa de cesáreas innecesarias y aumentar la demanda por partos naturales que sean respetuosos con las necesidades de la pareja y el bebé.



Conclusiones

La percepción de las mujeres durante el puerperio sobre la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural en el hospital civil Dr. Antonio González Guevara, de Tepic, en el periodo mayo a junio de 2019 evidenció que la mayoría de las mujeres coincide que se percibió de manera adecuada. De acuerdo con la percepción de las dimensiones, el trato profesional es adecuada, la libre elección de posición durante el trabajo de parto es regular, el manejo del dolor es adecuada y el contacto piel con piel es adecuada.

La dimensión libre elección de posición durante el trabajo de parto se constituyó como uno de los puntos más débiles que se brinda en dicha institución. Se observó el desconocimiento por parte de las participantes sobre el parto respetuoso con pertinencia cultural. A pesar de las normas y programas que nos rigen como profesionales de la salud, aún sigue existiendo una mala aplicación de las nuevas técnicas y tratamientos para el trabajo de parto y parto.

Referencias

- Chalmers, B.; Mangiaterra, V. y Porter, R. (2001). Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Organización Mundial de la Salud. <<https://www.elpartoestruero.es/sites/default/files/public/documentos/parto/oms/Principios%20OMS%20cuidado%20perinatal.pdf>>.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2016). Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf>.
- Consejo Nacional de Población (2019). Salud sexual y reproductiva. Gobierno de México. <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/66399/SaludSexualyReproductivaNY.pdf>>.
- Diario Oficial de la Federación (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México: *Diario Oficial de la Federación*. <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016>.
- García, O.; Almaguer, J. y Montoya, E. (2015). Implantación del «Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural



PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO SOBRE LA ATENCIÓN
DEL PARTO RESPETUOSO CON PERTINENCIA CULTURAL

y seguro»: Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo. *Secretaría de Salud*, 13(3), 13–22.

- Gobierno de la Republica (2019). Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres. <<https://www.sacmex.cdmx.gob.mx/storage/app/media/igualdad-sustantiva/PROGRAMAS%20NACIONALES/programa-nacional-para-la-igualdad-de-oportunidades-y-no-discriminacion-contra-las-mujeres-2013-2018.pdf>>.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición, 736. Ciudad de México: Mcgraw-Hill/Interamericana. <https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf>.
- Instituto Mexicano de Seguro Social (2014). Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México. <www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm>.
- Macías, M.; Haro, J.; Piloso, F.; Galarza, G.; Quishpe, M. & Triviño, B. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392415. ISSN: 2477-8818.
- Montañez, J. (2017). Estudio multicéntrico sobre deambulación y disminución del dolor durante la fase activa del parto en nulíparas (tesis de especialidad). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Orbe, V. & Piedra, T. (2018). Percepción de las usuarias que acuden al Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, sobre la atención de su parto y puerperio, en relación al Parto Culturalmente Adecuado y la Estrategia ESAMyN durante el periodo octubre 2017-febrero 2018 (tesis de especialidad). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Mortalidad materna. <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Suiza. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?>>.



- Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Suiza: OMS. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?>>.
- Secretaría de Salud (2014). Impulsa Secretaría de Salud de Hidalgo «Parto humanizado». <<https://www.gob.mx/salud/prensa/impulsa-secretaria-de-salud-de-hidalgo-parto-humanizado>>.
- Secretaría de Salud (2015). Guía de implantación del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. México. <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>>.
- Serrano, B. & Viracucha, N. (2016). El embarazo y parto humanizado: implicaciones en el desarrollo del niño (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Cotopaxi, Latacunga, Ecuador.
- Silva, A. & Arquimedes, A. (2017). Deambulación y disminución de la duración de la fase activa en nulíparas. Estudio Multicéntrico (tesis de especialidad). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Silvestri, S. (2016). Análisis de la percepción de las púerperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el periodo de noviembre-diciembre de 2016 (tesis de maestría). Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía (2019). Mortalidad materna. Sistema de Indicadores de Género. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Mortalidad_materna.pdf>.
- Suárez, M.; Armero, D.; Canteras, M. & Martínez, M. (2015). Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520–526. doi: <10.1590/0104-1169.0067.2583>.
- Vela, G. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Villegas L. (2016). Tiene nueva cara el hospital Mixto de Jesús María. El obturador de Nayarit. <<https://elobturadordenayarit.blogspot.com/2016/08/tiene-nueva-cara-el-hospital-mixto-de.html>>.



CAPÍTULO 15

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR EL ESTRÉS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

EVALUATION OF A COGNITIVE BEHAVIORAL PROGRAM TO REDUCE STRESS IN PATIENTS WITH HEART DISEASE

Rubi-Armandina-Ramiro-Montelongo,¹ Yolanda-Velazquez-Narváez,²

Blanca-Irene-Gracia-Riestra³



1. Maestra en Psicología Clínica y de la Salud por la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano. Correspondencia: <rubi_ramiro@hotmail.com>.
2. Doctora en Educación. Profesora investigadora y Coordinadora de Sistema de Gestión de Calidad de la Unidad Académica Multidisciplinaria, Matamoros, UAT. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1).
3. Maestra en Psicoterapia Infantil Gestalt. Candidato a doctor en Gestalt. Catedrático en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano. Cd. Victoria, Tamaulipas.

Dirección Postal: Sierra Gorda, 313, Fraccionamiento Villarreal, C. P. 87027, Cd. Victoria, Tamaulipas, México.



Resumen

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares (EC), además de representar problemas de salud física, representan un riesgo a la salud mental de las personas que lo padecen. Uno de estos factores es el estrés, por lo que es importante desarrollar estrategias de afrontamiento en estos pacientes. *Objetivo.* Implementar y evaluar un programa de intervención cognitivo-conductual aplicado a pacientes con EC en Cd. Victoria, Tamaulipas, enfocado a reducir los niveles de estrés. *Métodos.* Cuasi experimental de caso único con modelo de línea base múltiple entre sujetos. Muestreo no probabilístico por conveniencia, integrado por 5 participantes. Instrumentos: Escala de estrés Percibido, ficha de identificación, intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, autorregistros de estrés. *Resultados.* Al inicio, los puntajes oscilaban entre medio-altos; al culminar las 8 sesiones, se obtuvo disminución de puntuaciones postratamiento, en niveles de estrés percibido ($Z = -1.461$, $p = .144$), se obtuvo un tamaño de efecto ($p < .0012$), con las puntuaciones obtenidas de los autorregistros, lo que puede deducir que se cumplió con lo planteado. Se observa que las intervenciones cognitivo-conductuales que incluyan psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, regulación emocional, solución de problemas y comunicación asertiva son herramientas efectivas para reducir los niveles de estrés. *Conclusiones.* Los participantes al término de la intervención tomaron responsabilidad en su tratamiento, mantenimiento y mejoría. Al concientizarse que tanto estímulos internos como externos pueden alterarlos, pero ellos deciden cómo estos les afectan. También obtuvieron herramientas que pueden utilizar continuamente para manejar sus emociones y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Psicología, estrés, cardiopatía, intervención cognitivo- conductual.

Abstract

Introduction. Cardiovascular diseases (CD) are a group of disorders of the heart and blood vessels, which in addition to physical health problems, can pose a risk to the mental health of people who suffer it. One of these factors is stress, so is very important to develop coping strategies in these patients. *Objective.* Implement and evaluate a cognitive-behavioral intervention program applied to patients with coronary heart disease in Cd. Victoria, Tamaulipas, focused on reducing stress levels. *Methods.* Quasi-experimental single case with multiple baseline model between subjects. Non-

probabilistic convenience sampling, 5 participants were determined. Instruments: Perceived stress scale, identification card, intervention based on cognitive-behavioral therapy, stress self-records. *Results.* Beginning scores oscillated between medium-high, after the completion of the 8-session program, a decrease in post-treatment scores was obtained, in levels of perceived stress ($Z = -1.461$, $p = .144$), was obtained an effect size ($p < .0012$) with the scores obtained from the self-registries, which can deduce that what was stated was fulfilled; Can be seen that Cognitive-behavioral interventions that include psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation training, emotional regulation, problem solving and assertive communication are effective tools to reduce stress levels. *Conclusions.* participants at the end took responsibility for them treatment, maintenance and improvement. By becoming aware that both internal and external stimuli can alter them, but they decide how they affect them. Also obtained tools that can use continuously, to manage their emotions and improve their quality of life.

Keywords: Psychology, stress, heart disease, cognitive-behavioral intervention.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, que se clasifican en hipertensión arterial (presión alta), cardiopatía coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (apoplejía), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías. Para hablar sobre ello, primero se debe mencionar o conocer en qué consiste dicha enfermedad y cómo se constituye el sistema cardiovascular.

En México, se registran en promedio 289 muertes al día a causa de enfermedades cardiovasculares (Médica Sur, 2014), siendo la primera causa de muerte. De acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), tan solo en 2014 se registraron 121 427 decesos provocados por cardiopatías, de las cuales el 68% fueron por enfermedades isquémicas del corazón, que incluyen la angina estable y síndromes coronarios agudos. No obstante, la atención para pacientes con estos padecimientos se ha centrado en la mejora de su salud física, dejando de lado el aspecto psicosocial, pues aún resulta prácticamente nula la existencia de un protocolo que permita sobrellevar el impacto en el ambiente personal y familiar del paciente con este diagnóstico.

Debe considerarse que el cuerpo y la mente están conectados; todo aquello que afecta el estado anímico y la estabilidad emocional se manifiesta en el cuerpo (Angulo, 2012). De igual forma, los desafíos físicos también pueden generar niveles de estrés y afectar la salud emocional y mental del individuo. Por tanto, es importante comprender esta interrelación para generar medidas adecuadas en función de mantener el equilibrio físico, mental y emocional, estableciendo las bases para un completo bienestar.

Iniciando con la propuesta de Selye (1998), donde por primera vez desarrolló el concepto de síndrome general de adaptación y sus fases; hasta la actualidad, han sido numerosos los intentos de dar un significado al concepto de estrés. Se han utilizado términos como desequilibrio o desarmonía de la homeostasis y alostasis, entre otros. El término alostasis, nombrado por Sterling y Eyer (1988), hace referencia a la capacidad de mantener la estabilidad interna frente a la influencia de elementos externos. En resumen, se refiere a la adaptación. Los términos anteriores han sido asumidos por McEwen (1988; 2000), quien define el estrés como una amenaza real o interpretada a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que da lugar a respuestas específicas, fisiológicas o conductuales, con el fin de recuperar la homeostasis y donde la cronicidad de esta es potencialmente patológica.

En ocasiones, en la vida cotidiana o en situaciones en específico, un poco de estrés puede ser muy beneficioso para la situación; sin embargo, si es muy alto o en cantidad excesiva puede tener consecuencias negativas en la salud y afectar el sistema inmune, cardiovascular, neuroendocrino y el sistema nervioso central (Anderson, 1998). En pocas palabras, un agente estresante tiene la capacidad de desencadenar de forma aguda una respuesta proporcional encaminada a que el organismo compense la situación recuperando la homeostasis. Cuando la respuesta al agente es constante, excesiva y principalmente prolongada, como sucede en el estrés crónico, se produce una sobrecarga que puede traducirse como una reacción excesiva de los mecanismos adaptativos capaz de generar enfermedad, transformando a un mecanismo protector en uno con alto poder patogénico.

El estrés crónico puede ser resultado de los estresores cotidianos mal manejados o que no se atienden a tiempo y de manera adecuada. Las consecuencias de esto son graves, principalmente porque incrementa la ansiedad y la depresión en las personas que las están padeciendo, las cuales tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar enfermedades cardíacas que las que no tienen estas afecciones (Anderson y Anderson, 2003).

Lazarus y Folkman (1984) visualizan, en el Modelo Cognitivo-Transaccional o Teoría de la Evaluación Cognitiva de Ambos, desde un enfoque cognitivo-conductual,



el proceso de afrontamiento, como los esfuerzos del sujeto tanto conductuales como cognitivos llevados a la práctica por la persona para el manejo de las distintas fuentes, internas o externas, a las que es expuesto y que sobrepasa sus recursos propios, de tal forma que la evaluación cognitiva se produce cuando una persona toma en cuenta 2 factores que mayormente influyen en la respuesta ante el estrés. Estos serían: 1) la tendencia amenazadora del estrés en la persona y 2) la evaluación de recursos que son necesarios para minimizar, tolerar o eliminar los factores y el estrés que ellos producen.

LAZARUS Y FOLKMAN (1986), DISTINGUEN 3 TIPOS DE EVALUACIONES

Primaria. En la que el individuo evalúa el significado de lo que está pasando. El resultado de esta acción es lo que considera si la situación es: irrelevante, positiva o estresante. Este último se divide en 3 modalidades: amenaza (anticipación de daño), daño-pérdida (se ha producido un daño y puede sufrirlo de nuevo) y desafío (la valoración de la situación le puede considerar un reto que puede ser capaz de superar si emplea adecuadamente sus recursos).

Secundaria. Habla de la valoración de los recursos propios para afrontar la situación. Implica valoración cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles a la situación y un pronóstico de si tendrá o no éxito en el momento de su aplicación. El estrés dependerá directamente de cómo el sujeto valorará sus propios recursos de afrontamiento; estos incluyen habilidades de coping, apoyo social y material. En este punto, la persona ve con claridad las diferencias entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales, ante la exigencia de la situación. Entre mayor sea la diferencia, mayor será el malestar, el estrés y la ansiedad.

Reevaluación. Implica procesos de retroalimentación que se desarrollan durante el enfrentamiento de la persona con las demandas internas y externas y produce correcciones sobre las valoraciones previas durante el mismo proceso de afrontamiento.

Estudios sobre EC han demostrado la importancia de las intervenciones psicológicas para la reducción de daño al tejido cardíaco y la prevención de nuevos infartos, así como la mejoría significativa de factores psicológicos desencadenantes asociados con la enfermedad cardiovascular. Aunque en su mayoría la información recolectada no es de México, en otros países se han visto resultados favorecedores tras la implementación en segundo nivel llevadas a cabo medidas preventivas en clínicas de primera atención (Iglesias, et al., 2013).



En un estudio de Tobo-Medina y Canaval-Erazo (2010), se identifican las emociones y estados afectivos más frecuentes que se encuentran en la experiencia del estrés en pacientes con ECV, los resultados fueron que la excesiva importancia a la razón, al reconocimiento, la falta de expresión de emociones y necesidades afectivas, señalan conflictos internos, deficiente autocuidado y estrés emocional, exhortando al abordaje emocional para el reconocimiento, manejo adecuado y afrontamiento de estos. Según estudios de Villatoro y Medina-Mora (2001), 18% de la población urbana en México, entre 18 y 64 años, padecen trastornos afectivos.

En diversas investigaciones se ha implementado la terapia cognitivo conductual como principal método de tratamiento, dando resultado positivo y favorable para quienes la reciben. En diversos países se ha incluido en el proceso de rehabilitación cardíaca y el tratamiento psicológico con base en psicoeducación, así como el manejo del estrés como parte de sus programas de atención. Estos estudios son fundamentales para la inclusión y reafirmación de la efectividad en dichos pacientes. La terapia cognitiva es una psicoterapia estructurada, limitada en el tiempo, orientada hacia la resolución de problemas, cuyo objetivo es modificar el procesamiento de información defectuoso, obteniendo de ello una disminución considerable de la necesidad que médicos otorguen medicamento extra a los pacientes, ya que se reducen los síntomas que disparan la activación aguda de la enfermedad, ayudando así a la prevención o al alargamiento en el tiempo en reincidencias de internamiento (Rosenfeld, 2005).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo de investigación es implementar y evaluar un programa de intervención cognitivo-conductual aplicado a pacientes con enfermedad coronaria en Cd. Victoria, Tamaulipas, México, enfocado en reducir los niveles de estrés en pacientes con EC.

Métodos

Se utilizó un diseño cuasi experimental de caso único con modelo de línea base múltiple entre sujetos. Dicho modelo se aplicó a 5 pacientes con EC, midiendo e identificando un número de respuestas en un periodo para contar con la proporción de líneas base para con ellas contar con un contraste para evaluar los cambios (A), la cual en este caso se formó con los datos recolectados con los instrumentos y con autorregistros. Teniendo la línea base ya establecida, se aplica la variable experimental, se provoca un cambio y quizá se pueda observar en comparación con la línea base (B), en este caso se implementaría la intervención Cognitivo-Conductual en uno de los sujetos.

Esta misma variable se aplica en un segundo sujeto y se observan los cambios en la disminución de los valores. Este procedimiento será continuo hasta que la variable experimental se aplique a todos los sujetos (Cooper, Heron y Heward, 1987; Barlow y Hersen, 1988).

Esquema=AB (Sujeto1)

Muestra y muestreo. Para el proceso de selección de la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia con pacientes del centro de Cardiología Victoria, de Cd. Victoria, Tamaulipas, México, que cumplieran con los criterios de inclusión. Dicha muestra constó de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cardíaca que presentaron disposición de participar, así como pacientes externos que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión. Se tomaron en cuenta a pacientes con diagnóstico de EC, en un rango de 30 a 70 años (por ser el rango de edad en donde comienzan las incidencias de problemas cardíacos), ubicados dentro de las esferas cognoscitivas, escolaridad mínima de 5to año de primaria, (para garantizar la comprensión de las técnicas que se emplearían) y que dieron su consentimiento para participar en el proyecto.

Criterios de exclusión: pacientes con un diagnóstico de extrema gravedad que imposibilitaba la realización del psicodiagnóstico y las psicoterapias, así como pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión y pacientes que no dieron su consentimiento para participar en el proyecto.

Participantes

Tabla 1.

Información General de Participantes

<i>Nombre</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Enfermedad Cardíaca</i>
P1	Masculino	62	Casado	Ingeniería	Contratista	Cardiopatía Isquémica
P2	Masculino	68	Casado	Posgrado	Director de Institución	Arritmia Cardíaca
P3	Femenino	63	Separada	Primaria	Ama de casa	Cardiopatía Isquémica
P4	Femenino	70	Casada	Licenciatura	Jubilada	Cardiopatía Isquémica
P5	Masculino	65	Casado	Ingeniería	Ingeniero petrolero	Cardiopatía Isquémica + Hipertensión Arterial

Elaboración propia, Datos Demográficos, 2019.

Instrumentos utilizados

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES.

Escala de Estrés percibido. Escala de Estrés Percibido -Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983), en su versión para México, de González y Landero (2007), que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. El coeficiente Alfa de Cronbach reportado por los autores fue de .83. El PSS consta de 14 reactivos con puntuación de nunca -0- a muy a menudo -4-, invirtiéndose la puntuación en los 7 ítems negativos. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. Intrínsecamente, este instrumento considera la influencia de cuán bien el sujeto puede manejar una situación estresante dado sus recursos de afrontamiento, lo cual puede indicar que la persona percibe más fácilmente una situación estresante o es más sensible a ella.



Formato de autorregistro. En escala de 0 a 10 para la percepción del estrés diario, antes y después de los ejercicios de relajación seleccionado a lo largo de la intervención, en donde 0 significaba nada estresado y 10 muy estresado.

Intervención basada en la Terapia Cognitivo-Conductual. En el cual se detalla cada una de las sesiones. Se combinan técnicas psicológicas, cuya efectividad ha sido probada en este padecimiento, técnicas de imaginación, visualización, relajación y psicoeducación.

FASE 1. FASE DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN

La primera fase consistió en hacer el primer contacto con los pacientes, los cuales asisten a consulta en la clínica de cardiología desde septiembre de 2018. En esta etapa se realizó una primera sesión, la cual tuvo como objetivo la entrega del consentimiento informado, así como la evaluación psicológica que constó en medir los niveles de estrés de los pacientes. A la par, se entregó la ficha de identificación a los participantes. Con la evaluación y el llenado de la ficha de identificación se cerró la fase 1.

FASE 2. FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Concluida la sesión de evaluación se iniciaron las sesiones de tratamiento. El tratamiento estuvo diseñado para 8 sesiones, donde se dio una sesión por semana con duración de 90 a 120 minutos, donde se abordaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en relajación y respiración, reestructuración cognitiva, manejo de emociones y prevención de recaídas. En cada una de las sesiones se llevó a cabo una medición subjetiva del nivel de estrés en los participantes.

FASE 3: EVALUACIÓN FINAL

Finalizada la intervención, se llevó a cabo una sesión de evaluación posterior. Se aplicaron nuevamente los instrumentos de medición, para las mismas variables evaluadas al principio de la intervención.



Análisis de datos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 21 y el programa Tau-U en línea. Para la estadística descriptiva se compararon las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación pre y postratamiento, así como las puntuaciones subjetivas de percepción por sesión ante el estrés. Para el proceso comparativo de puntuaciones y significancias de las variables pre y postratamiento, se realizaron mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, ya que es una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar el rango de dos muestras relacionadas e identificar si existen diferencias entre ellas. Para evaluar si hay un cambio significativo en la disminución del estrés a lo largo de la intervención se utilizó la prueba Tau-U, que es un estadístico no paramétrico que mide si la tendencia es significativa.

Resultados

La siguiente ilustración muestra el resumen de los resultados de la evaluación previa y posterior a la intervención realizada a los participantes. El cambio más evidente que se puede observar es en el participante 3 con una disminución de 14 puntos, el participante 4 disminuyó 18 puntos y el 5 presentó una disminución de 10 puntos, siendo la disminución de la percepción del estrés considerable. Por el contrario, se puede observar que el participante 1 mantuvo los niveles de estrés de ambas evaluaciones con 24 puntos, mientras que el participante 2 tuvo un incremento de 2 puntos al término de la intervención (de 16 puntos al inicio a 18 puntos al final)

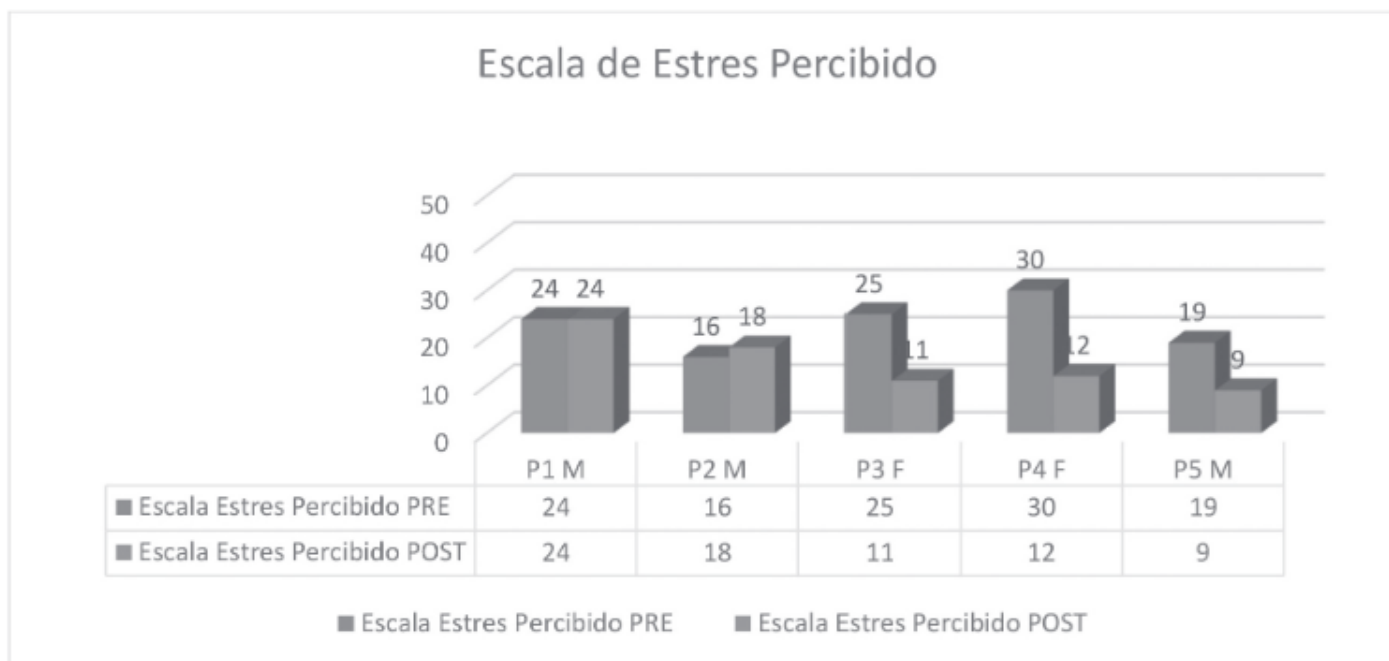


Figura 1. Puntuaciones directas de la escala de estrés percibido, pre y post intervención. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Al comparar los valores obtenidos con la prueba Wilcoxon previos y posteriores a la intervención mediante la EEP, se identificó que no hay diferencia significativa en las puntuaciones ($Z = -1.461$, $p = .144$).

Tabla 2.

Rangos de Escala de Estrés Percibido

	N	Rangos pro-medios	Suma de Rangos
Rangos Negativos	3 ^a	3.00	9.00
Escala de Estrés Percibido Post - Rangos positivos	1 ^b	1.00	1.00
Escala de Estrés Percibido Pre - Empates	1 ^c		
Total	5		

Nota: a. Escala de Estrés Percibido Post < Escala de Estrés Percibido Pre.

b. Escala de Estrés Percibido Post > Escala de Estrés Percibido Pre.

c. Escala de Estrés Percibido Post = Escala de Estrés Percibido Pre.

RANGOS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO, PRE POST INTERVENCIÓN. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2019.

Lo que indica que la variable de estrés tras la intervención, no se presenta de forma significativa en los participantes. Visualmente se observa el cambio en 3 de los participantes, pero estadísticamente no es significativo, ya que uno de ellos no mostró cambio y el restante puntuó de manera más elevada en la evaluación posterior.

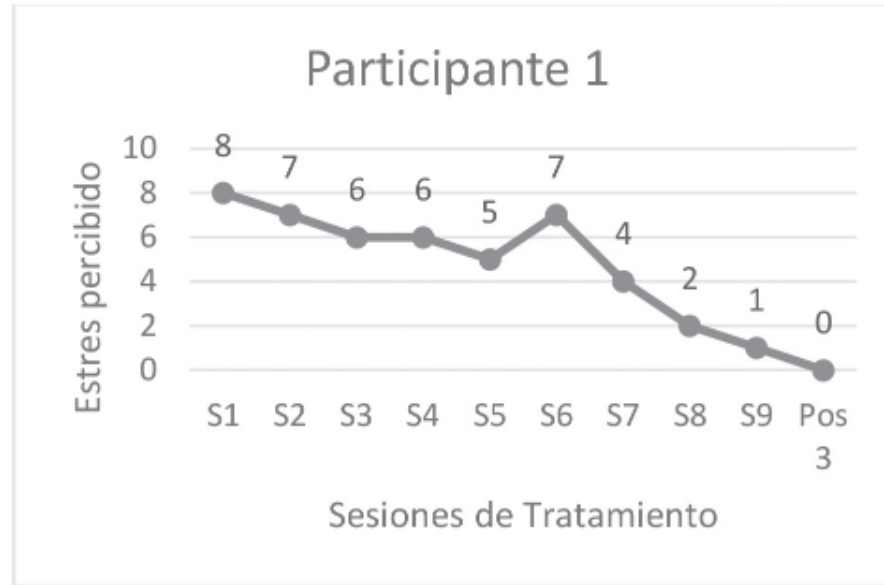


Figura 3. Estrés por sesión p2, 2019.

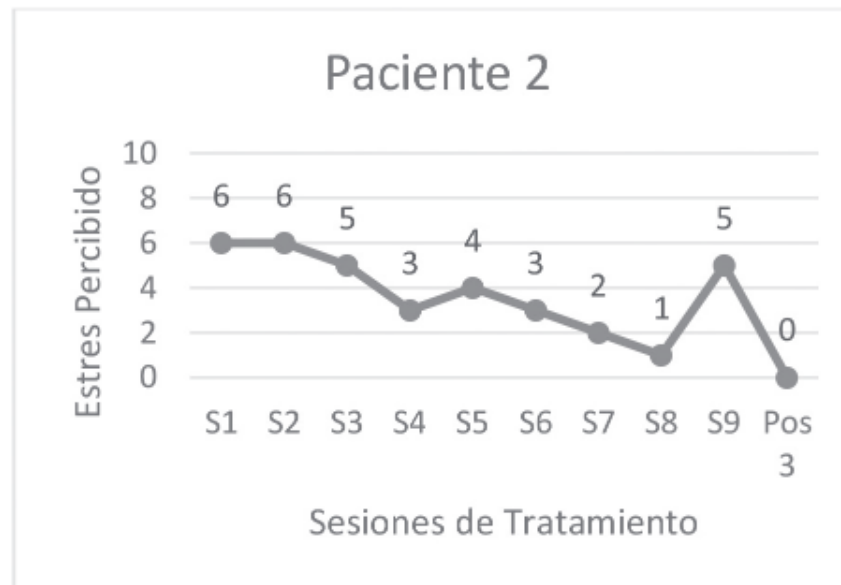


Figura 2. Estrés por sesión p1, 2019.

Fuente: Elaboración propia.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA REDUCIR EL ESTRÉS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

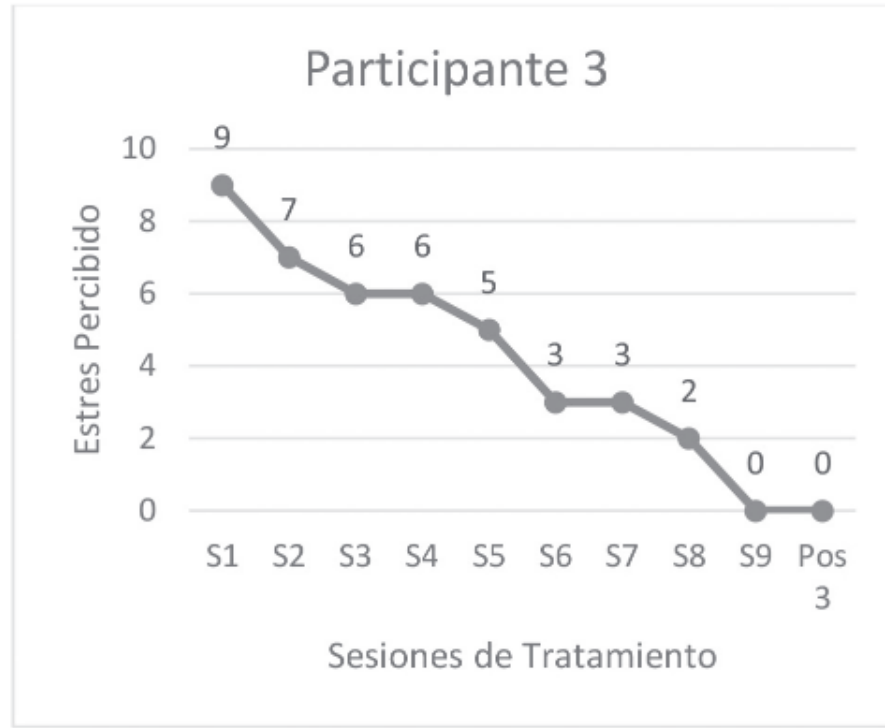


Figura 4. Estrés por sesión p3, 2019.

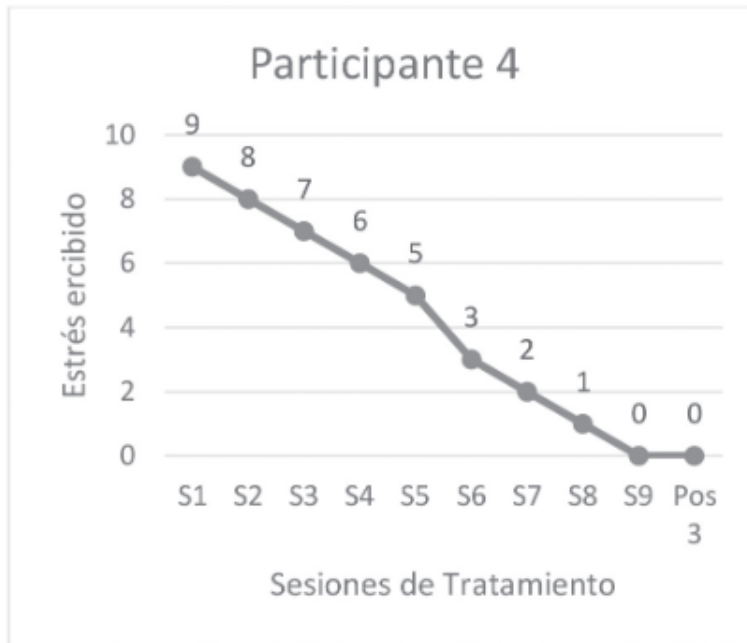


Figura 5. Estrés por sesión p4, 2019.

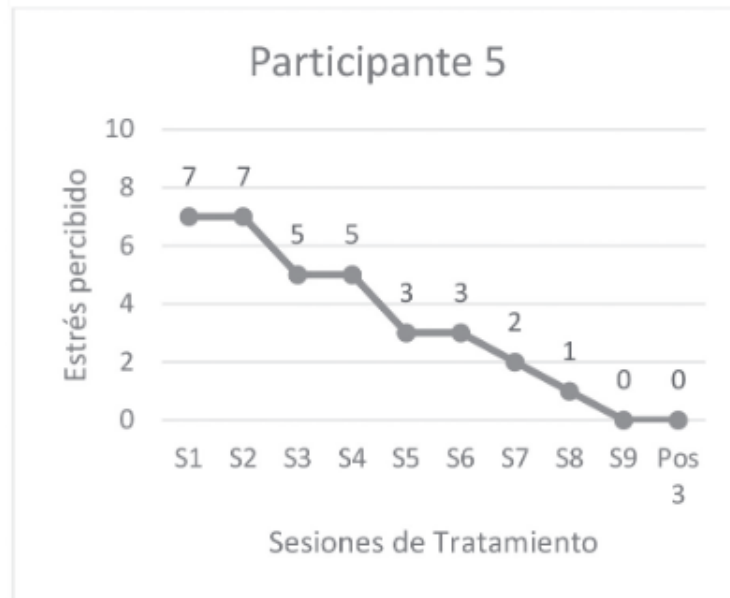


Figura 6. Estrés por sesión p5, 2019.

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que los participantes tienden a una disminución de la percepción del estrés, lo que se mantiene al paso de 3 meses donde comentan que, con las herramientas proporcionadas a través de las diversas sesiones del programa de intervención, han mantenido un nivel de estrés percibido bajo.

Los participantes que iniciaron con un rango mayor estrés redujeron hasta llegar a cero y se mantuvo a los 3 meses. Los participantes 1, 3, 4 y 5, comenzaron con puntajes altos 8, 9, 9 y 7, respectivamente, y finalizaron el participante 1 con el puntaje de 1 y los pacientes 3, 4 y 5 finalizaron con puntaje de 0. Así como la totalidad de los participantes comentan tener la percepción de estrés en 0 al paso de 3 meses, agregan que cuando se les presenta alguna situación estresante aplican alguna de las técnicas de relajación o herramientas cognitivas aprendidas.

Con el objetivo de demostrar un cambio significativo en los participantes, se utilizó la prueba estadística Tau-U, en el cual un p-valor menor a .05 será significativo. El participante 3 ($p<.03$), el participante 4 ($p<.02$) y el participante 5 ($p<.003$) tuvieron una tendencia de cambio significativa, mientras que en los participantes 1 ($p=.12$) y 2 ($p=0.93$) la tendencia no mostró un cambio significativo. Respecto a los valores obtenidos en la totalidad de la intervención con los autorregistros diarios de los participantes, se encontró un tamaño de efecto de ($p<.0012$), lo que significa que la intervención es significativa, ya que hubo una reducción en los puntajes de los participantes y se tuvo el efecto deseado.

Discusión

Como señala el modelo de conceptualización del estrés de Lazarus y Folkman (1986), el sistema nervioso reacciona dependiendo de las herramientas cognitivas que la persona posea para encarar una situación y con esto considerarla estresante o no. Al inicio de la investigación se realizó una evaluación para tener una línea base de los participantes, en donde las puntuaciones arrojan que la percepción de los eventos ambientales, laborales o personales hacia el estrés y la ansiedad son bastante altos en 2 de los participantes y los 3 restantes tienen puntuaciones medias, lo que indica que las herramientas para mantener un bienestar físico y psicológico ante la presencia de un estímulo o acontecimiento estresante son en algunos casos insuficientes, escasos, o se emplean de una manera inadecuada, lo que provoca malestar físico y psicológico.

Lo que se buscó a través del programa de intervención fue que los participantes concientizaran la importancia de la información que manejan –tanto de la información de su enfermedad como de la información externa en su día a día–, la cual les puede traer consecuencias orgánicas si pasan un tiempo prolongado en exposición a estas

circunstancias que son perturbadoras para la homeostasis del cuerpo. Como menciona Selye (1998), en el síndrome general de adaptación, el cuerpo reacciona ante un estresor en diversas dimensiones, como física, psicológica, emocional y cognitiva. Al término del programa, los participantes expresaron a su manera cómo utilizaban las nuevas herramientas aprendidas, así como el empleo de actividades para reducir síntomas psicológicos de estrés como la evaluación y cambio de pensamiento, la técnica de solución de problemas, así como las técnicas de respiración, esto para facilitar la toma de decisiones y que la exposición a eventos estresantes sea evaluada como una situación que no amerita una sobre estimulación del sistema nervioso.

El estrés presenta un papel importante en el desarrollo de la condición cardíaca, así como en las recaídas. Durante el desarrollo de esta intervención los pacientes externaron que su percepción del estrés se reducía conforme el proceso avanzaba, ya que como se menciona en el procedimiento se emplearon técnicas como la psicoeducación y entrenamiento en relajación que fueron muy bien aceptadas y a partir de ahí se observó una disminución en la percepción del estrés en la mayoría de los pacientes. Los resultados que se obtuvieron fueron similares a los de otras investigaciones nacionales e internacionales: Cuba (Rodríguez, 2007), México (Canales, 2011), Argentina (Laham, 2001) y España (Bueno, 1996), las cuales se centraron en la reducción del estrés presentando resultados significativos y favorecedores para los participantes, los cuales redujeron significativamente sus puntajes y su sintomatología, tanto orgánica como psicológica.

Conclusiones

Se puede concluir que las intervenciones cognitivo-conductuales que integren psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, regulación emocional, técnicas de solución de problemas y comunicación asertiva pueden proporcionar herramientas efectivas para reducir los niveles de estrés y los resultados obtenidos apoyan el modelo de Conceptualización del Estrés de Lazarus y Folkman (1986), donde dependiendo de la evaluación del estímulo y las herramientas psicológicas que la persona posea para el afrontamiento determinará si el sistema nervioso responde provocando estrés o se mantiene estable y no es necesario un afrontamiento. Los participantes al término de la intervención tomaron responsabilidad en su tratamiento, mantenimiento y mejoría, al concientizarse que tanto estímulos internos como externos pueden alterarlos, pero ellos deciden cómo estos les afectan. También obtuvieron herramientas que pueden utilizar continuamente, con la finalidad de manejar sus emociones y mejorar su calidad de vida.

Referencias

- Anderson, N. y Anderson, P. (2003). *Emotional Longevity: What Really Determines how long you Live*. New York: Viking.
- Anderson, N. (1998). Levels of Analysis in Health Science: A Framework for Integrating Sociobehavioral and Biomedical Research. *Annals of the New York Academy Sciences*, 840, 563–576.
- Angulo, J.F. (2012). Cuerpo, emociones, cultura. *Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 53–74.
- Barlow, D.H. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bueno, A. (1996). Rehabilitación cardíaca: estudio de un caso de intervención psicológica en un paciente post-infarto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(2), 171–180.
- Canales, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica Ust*, 8(1), 21–28.
- Cohen, S.; Kamarak, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385–396.
- Cooper, J.; Heron, T. & Heward, W. (1987). Diseños de línea base múltiple y de criterios cambiantes. *Applied Behavior Analysis*. <<http://www.psicol.unam.mx/profesionales/6to/DisenosLinea/DB5.htm>>.
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 189–198.
- González, M. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 199–206.
- Iglesias, D.; Begoña, A.; García, Á.; Martínez, E.; Soler, I., Martínez, N., y Iceta, M. (2013). Importancia de la intervención psicológica en los programas de rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiología*.

- INEGI (2015). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017. INEGI: <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>>.
- Laham, M. (2001). Psicocardiología. <<http://www.psicocardiologia.com.ar>>.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company. <https://books.google.com.mx/books?id=i-ySQQUpr8C&pg=PA22&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false>.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of personality*, 147–169.
- McEwen, B. (1988). Protecting and Damaging Effects of Stress Mediators. *N Engl J Med*, 171–179.
- McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res*, 172–189.
- Médica Sur (2014, septiembre 29). Médica Sur. <http://www.medicasur.com.mx/es_mx/ms/Enfermedades-cardiacas-primera-causa-de-mortalidad-en-el-mundo>.
- OMS (2017, 5, 17). Cardiovascular Diseases (CVDs). World Health Organization. <[http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>.
- OMS (2017, mayo). World Health Organization. <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
- Rodríguez R., T. (2007). Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo del miocardio en fase hospitalaria. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.
- Rosenfeld, C. (2005, agosto 27-30). Aportes de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual en Tratamiento de pacientes con Cáncer. *IV Congreso Mundial de Psicoterapias. «La Psicoterapia como Puente entre Culturas*. Buenos Aires, Argentina.
- Selye, H. (1998). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 230–1.
- Sterling, P. y Eyer, J. (1988). Allostasis: a New Paradigm to Explain Arousal Pathology (Handbook of Life Stress, Cognition and Health ed.). (J. Wiley, Ed.) New York: Fisher S, Reason J.

INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES

Tobo-Medina, N. & Canaval-Eraza, G. (2010). Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan*, 10(1). <<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1603/2121>>.

Villatoro, VJ y Medina-Mora, M. (2001). Epidemiología de la salud mental en México. *Boletín Especial CONADIC*, 6-9.



CAPÍTULO 16

INDIGENISMO INSTITUCIONAL Y NEOINDIGENISMO EN LOS YOREME MAYO DE SINALOA

INSTITUTIONAL INDIGENISM AND NEO INDIGENISM IN THE YOREME MAYO FROM SINALOA

Ernesto Guerra García¹



1. Doctor en Enseñanza Superior. Profesor Investigador de la Universidad Autónoma Indígena de México. Perfil Deseable PRODEP. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II). Correspondencia: <drguerragarcia@gmail.com>.

Dirección Postal: Rodolfo T. Loaiza 1504. Fracc. Toledo Ceballos. C. P. 81240. Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.



Resumen

La cultura yoreme mayo es prácticamente ignota desde la perspectiva de los estudios de las relaciones interétnicas que se concentran prácticamente en el centro y sur del país. Cuando se habla de su historia se abordan las épocas tempranas del preindigenismo y del indigenismo no institucional en México; sin embargo, los últimos 50 años enmarcados en el indigenismo institucional y el neoindigenismo han dado un nuevo giro en la vida de los grupos étnicos del país y especialmente a los yoreme mayo del norte de Sinaloa. Después de la muerte en 1970 de Alfonso Caso, primer director del Instituto Nacional Indigenista (INI), se formularon cambios en las políticas nacionales e institucionales en materia de legislación, de conformación instituciones, de educación; además, algunos hechos históricos como las acciones del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en los noventa y otros acontecidos en el estado de Sinaloa han determinado la vida de este grupo. El objetivo es analizar cómo se han dado históricamente estos cambios y cómo han influido en la vida del pueblo yoreme mayo en los últimos 50 años. A través de un método histórico, desde una postura microetnográfica se narrarán los eventos históricos del indigenismo institucional y del neoindigenismo en relación con la etnia yoreme mayo, hasta llegar a entender la situación actual, derivada de estos procesos. El principal resultado apunta a la marcada tendencia de la desaparición de su cultura, derivada de los procesos dialécticos que se han presentado.

Palabras clave: Multiculturalismo, política cultural, relaciones interétnicas.

Abstract

The yoreme mayo culture is practically unknown from the perspective of studies of inter-ethnic relations that are concentrated in the center and south of the country. When speaking of its history, the early periods of pre-indigenism and non-institutional indigenism in Mexico are addressed; However, the last 50 years framed by institutional indigenism and neo indigenism have given a new turn in the life of the country's ethnic groups and especially the Yoreme Mayo of Northern Sinaloa. After the death in 1970 of Alfonso Caso, the first director of the Indigenous Institute (INI), changes were formulated in national and institutional policies in matters of legislation, institution-building, and education; Furthermore, some historical events such as the actions of the Zapatista Army of National Liberation (EZLN) in the 1990s and others that occurred in the State of Sinaloa have determined the life of this group. The ob-



jective is to analyze how these changes have occurred historically and how they have influenced the life of the Yoreme Mayo people in the last 50 years.

Through a history method, from a micro-ethnographic position, the historical events of institutional and neo-indigenous people will be narrated in relation to the Yoreme Mayo ethnic group, until we understand the current situation, derived from these processes. The main result points to the marked tendency to the disappearance of their culture, derived from the dialectical processes that have occurred.

Keywords: Multiculturalism, cultural politics, inter-ethnic relations.

Introducción

El indigenismo institucional y el neoindigenismo son dos épocas continuas que surgen en México desde 1940 hasta nuestros días. Se refieren a formas políticas del gobierno mexicano de acuerdo con su interculturalismo, es decir, de acuerdo con lo que el gobierno en turno piensa y cree que debe hacer con su diversidad étnica y cultural. Estas políticas influyen en la vida de las comunidades indígenas, pero cada una podría presentar particularidades de acuerdo con su propia historia. Específicamente, es de interés revisar para el pueblo *yoreme mayo* la línea de tiempo en cómo se fueron construyendo las principales políticas, instituciones, leyes y documentos que han motivado los principales cambios en estos dos periodos mencionados.

Esta investigación es importante, ya que el pueblo yoreme mayo es el menos estudiado en relación con las demás culturas mexicanas que se sitúan en el centro y sur del país. ¿Cómo se fueron desarrollando las instituciones y sus acciones de acuerdo con las políticas gubernamentales en México? ¿Cuáles fueron las consecuencias en la vida y la cultura yoreme mayo? Son las preguntas que guiaron la investigación de corte documental que se presenta de manera resumida en el presente capítulo de libro. El indigenismo institucional fue un periodo en el que se crearon instituciones, nacionales e internacionales, que les dieron forma a las actuales políticas indigenistas. Estas instituciones generaron acciones y documentos rectores de gran influencia en tres aspectos de la vida de los indígenas en el país y particularmente de los *yoreme mayo*: la propiedad, la educación y la lengua.

El neoindigenismo se caracteriza por la intensificación de la legislación internacional y nacional para dar solución a las problemáticas indígenas, comienza en los noventa con el surgimiento del EZLN y se desarrolla con la modificación de las bases jurídicas internacionales, nacionales y locales para dar atención a las demandas de las



comunidades indígenas. La descripción de estos periodos en una línea de tiempo permitirá entender la grave situación en que se encuentran los yoreme mayo en Sinaloa.

Aspectos metodológicos

El método utilizado es el histórico con el que se dio el seguimiento de los eventos nacionales y locales desde 1940 a la fecha, en relación con las políticas indigenistas y el desarrollo del pueblo yoreme mayo. La investigación histórica moderna representa una búsqueda crítica de los hechos, está obligada a buscar casos de experiencia en el relato del pasado y debe tener en cuenta la heurística para localizar y clasificar los documentos pertinentes, la postura crítica para no presentar perspectivas ingenuas de lo sucedido y la hermenéutica, que permite la interpretación de los hechos con una postura relativista (Romero, 2020).

Este método se combina con el trabajo etnográfico realizado por el autor desde hace 20 años en la comunidad yoreme mayo, en la que, a través de historias orales y narrativas, se pudieron constatar los hechos desde la perspectiva de las comunidades. La presente investigación es resultado de una mezcla de posicionamientos metodológicos que explicaremos brevemente.

El método que se aplicó fue en primera instancia el microetnográfico y consistió en dos aspectos básicos: 1) la práctica etnográfica, cuyo centro es el trabajo de campo, y 2) la reflexión antropológica, centrada en el trabajo de gabinete (San Román, 2009). Como menciona Restrepo (2016):

La etnografía como metodología, como encuadre, estaría definida por el énfasis en la descripción y en las interpretaciones situadas. Como metodología, la etnografía buscaría ofrecer una descripción de determinados aspectos de la vida social teniendo en consideración los significados asociados por los propios actores. (p. 163).

De manera más específica, se realizó una microetnografía que, de acuerdo con Álvarez (2008), se centra en el análisis de los patrones de aspectos específicos y no de manera holista; en este caso, los efectos que las políticas indigenistas han causado en la población yoreme mayo de Sinaloa. Por otro lado, se ha seguido con carácter metodológico el acercamiento al objeto de estudio desde diferentes niveles: macro, al considerar las instituciones y la legislación de carácter internacional y nacional; meso, cuando se aborda Sinaloa y las comunidades en general, y micro, cuando se ejemplifica con personas específicas que dieron fe de los hechos.



Resultados

Indigenismo institucional. El indigenismo institucional inicia en México después de la Revolución Mexicana; se puede considerar la realización del *Primer Congreso Indigenista Interamericano* de Pátzcuaro, instrumentado en el último año del periodo presidencial de Lázaro Cárdenas en 1940, como el punto de partida de este periodo (Korsbaek y Sámano-Rentería, 2007). En este Congreso se formuló un programa indigenista de magnitud indopanamericana y puso de relieve la cuestión étnica a nivel internacional (Soto Izaguirre, Guerra-García, Real-Audeves, Apodaca-Félix, 2019). A la vez, se acordó la creación del Instituto Indigenista Interamericano y la celebración de nuevas reuniones periódicas en un intento de elaborar una política común de abordaje de los problemas indígenas a lo largo de todos los países americanos (Vergara y Gundermann, 2016). En el discurso inaugural, Cárdenas manifestó su idea general en política indigenista:

Nuestro problema indígena no está en conservar «indio» al indio, ni en indigenizar a México, sino en mexicanizar al indio. Respetando su sangre, captando su emoción, su cariño a la tierra y su inquebrantable tenacidad, se habrá enraizado más el sentimiento nacional y enriquecido con virtudes morales que fortalecerán el espíritu patrio, afirmando la personalidad de México (Vergara y Gundermann, 2016, p. 128).

De ahí se desprendieron importantes derroteros para el indigenismo institucional en México. «Desde el punto de vista del indigenismo, el Congreso significó un punto de inflexión relevante, en cuanto que sentó las bases de una nueva política indigenista a nivel continental» (Pineda, 2012, p. 12). En Sinaloa, 1940 es el año donde terminó el tardío proceso revolucionario (Ortega, 1999); los yoreme mayo habían pasado por un periodo de duelo, debido a la derrota sufrida en 1915 ante su levantamiento en armas; que se distinguió por la movilidad de muchas familias, persecuciones, cambios de nombre e identidad y el inicio de un proceso de autorrestricción del habla del yoremnokki (su lengua materna).

En el gobierno de Cárdenas (1934-1940), los yoreme mayo ya habían mitigado su etapa de duelo social y vieron parcialmente satisfechas sus demandas de tierras con la constitución de los ejidos; no obstante, dicha redistribución transformaría sustancialmente la organización y fortaleza del grupo, debido a que al constituirse la propiedad ejidal esta se conformó también con mestizos y no indígenas en general, lo cual causó que se intensificara la pérdida de autonomía de su territorio y que se modificara su



organización política. El reparto agrario significó para los yoreme mayo la incorporación forzada o legal de población no indígena (Santos, 2015).

Un hecho importante en el plano internacional fue la creación de la UNESCO el 16 de noviembre de 1945, que ha sido clave con sus declaraciones y recomendaciones a los países, pues aun cuando el efecto no ha sido inmediato ha motivado cambios en las políticas indigenistas en México (Maldonado, 2000); sus declaraciones sobre educación, diversidad cultural, educación intercultural, entre otras, han servido de base para el establecimiento o la modificación de políticas públicas en el interculturalismo mexicano (Massón y Torres, 2009).

En 1948 se fundó el Instituto Nacional Indigenista (INI), que retomó los planteamientos indigenistas de Pátzcuaro y las políticas indigenistas institucionalizadas del México posrevolucionario (Korsbaek y Sámano, 2007). Su primer director fue Alfonso Caso, quien en su discurso inaugural mencionaba que el problema de los indios era su cultura atrasada y que, en el tenor de conformar una sola nación, en 20 años se deberían acabar, incorporándolos al sistema nacional a través de la educación (Sandoval-Forero, Guerra-García, Caro Dueñas y Meza Hernández, 2019). La base de este ideal es la construcción de una cultura mexicana monolítica y coherente; el trabajo del INI sería hacer que las demás culturas converjan lo más rápidamente posible en una sola (Olivé, 2004). Los fundamentos operacionales del indigenismo fueron formulados por Gonzalo Aguirre Beltrán, quien fuera el antropólogo más importante e influyente en México en esa época, que se centró durante los primeros años posrevolucionarios en una política de alfabetización y de acelerada aculturación a través de la educación nacional con el objetivo de no prolongar los conflictos étnicos mexicanizando al indio (Korsbaek y Sámano, 2007).

En el ámbito internacional, el 10 de diciembre de 1948 se aprobó la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, que poco a poco fue cobrando fuerza en el Estado mexicano y de gran utilidad para el movimiento indígena (Velarde, 2015).

Un hecho importante en el ámbito internacional traería esperanzas en materia de derecho indígena en México; se trata de la creación en 1957 del Convenio 107 de la OIT, que al fin sería un recurso de gran ayuda para la reivindicación de los pueblos originarios (Gaete, 2012).

Posteriormente, la muerte de Manuel Gamio en 1960 y de Alfonso Caso en 1970, dos destacadas personalidades relacionadas de manera directa con la definición del rumbo del indigenismo en México, marcaron un punto de inflexión respecto a las políticas públicas en relación con los pueblos y comunidades indígenas de México (Korsbaek y Sámano-Rentería, 2007). A principios de la década de los setenta, algunos *yoreme mayo* tenían pocas hectáreas como ejidatarios o como pequeños propietarios



para la producción principalmente de consumo familiar. Sin embargo, comenzaron a enfrentar serios problemas económicos y sociales; los bancos de crédito, las compañías aseguradoras, las dependencias gubernamentales y las empresas desarrollaron y dirigieron una campaña de despojo para la explotación de las tierras fértiles del norte del estado. De esta forma, los mayos terminaron como peones de campo o como mano de obra poco calificada, es decir, pasaron a ser asalariados en lo que en otras épocas habían sido sus propias tierras.

Ya para esta época, el bilingüismo entre la población yoreme mayo estaba muy difundido y el yoremnokki presentaba un fuerte desplazamiento debido al uso extendido del español, de tal forma que ya para los setenta su lengua podía entenderse como la base de su identidad cultural, aun cuando continuaba teniendo una presencia importante; ese desplazamiento se debía principalmente a los históricos procesos de conquista y colonización y a la reciente inserción de la región en procesos productivos modernos, al desarrollo de las vías de comunicación, a la nueva dinámica de intercambio comercial y a la presencia de mestizos y no indígenas en las comunidades y ejidos, así como al desprestigio que para muchos yoreme mayo representaba hablar la lengua de sus ancestros (Santos, 2015).

La década de los setenta se toma también como punto de partida para la emergencia de estudiantes universitarios, profesionistas y líderes intelectuales indígenas que surgen a la par del movimiento indígena nacional en su lucha (Santana, 2018). El pueblo yoreme no fue la excepción y a pesar de la lejanía de las universidades, líderes y profesionistas de este grupo étnico pudieron estudiar en la Ciudad de México, principalmente en la UNAM y en el Politécnico Nacional (Guerra-García, Meza-Hernández y López-Reyes, 2016).

Un hecho importante para la educación de los pueblos indígenas fue la creación del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) en 1971, que se había enfocado a atender niños y adolescentes de comunidades pequeñas y con alto grado de marginación, donde no habían llegado los servicios educativos. Esta institución ha tenido un impacto muy fuerte en la educación en la etnorregión yoreme mayo, ya que alrededor del 30% de sus estudiantes han sido de origen indígena (Mejía y Martín, 2016).

En septiembre de 1973 fue creado el Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia (CISINAH), que se reestructuró como Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) que ha sido de gran relevancia en la investigación de los fenómenos mencionados (Santana, 2018).

Una fecha simbólica para el indigenismo mexicano fue en 1974, cuando el obispo de Chiapas, Samuel Ruiz, organizó el *Primer Congreso Indígena «Fray Bartolomé de las*



Casas». Como respuesta a este evento, se celebró el *Primer Congreso Nacional de Pueblos Indígenas* en Pátzcuaro, Michoacán, donde, entre otras cosas, se impulsó la creación de los Consejos Supremos Indígenas que se lograron integrar a un solo Consejo Nacional de Pueblos Indígenas (CNPI) (Dietz, 2005).

Posteriormente, en 1978 se creó la Dirección General de Educación Indígena (DGEI), en atención a las demandas de organizaciones indígenas; de ella dependerían todas las escuelas y los maestros de las zonas indígenas, aunque la supervisión de sus actividades continuaría vinculada a los Centros Coordinadores del INI. Desde entonces, la DGEI es el organismo encargado de normar, supervisar y evaluar el sistema educativo, que originalmente era bilingüe bicultural y que después se cambió a ser intercultural en 1990. El cambio sustancial fue el de generar una mayor cobertura en escuelas indígenas que ya no consideraban al español como la única lengua en la enseñanza e incluían la revaloración de los procesos étnicos, la elaboración de textos en lenguas indígenas y la recuperación de la literatura en estas lenguas, así como la incorporación de estrategias pedagógicas innovadoras (Jiménez-Naranjo y Mandoza-Zuany, 2016). Al menos con este cambio, los maestros dejaron de prohibir y castigar a los niños por hablar su idioma en las aulas.

Posteriormente, en septiembre de 1979, gracias a un convenio con la SEP, el INI y el CIESAS, se puso en marcha en la ciudad de Pátzcuaro el *Programa de Formación Profesional en Etnolingüística*, dedicado a estudiantes de origen indígena, que generaría un semillero de líderes indígenas para comunidades en diferentes zonas del país (De la Peña, 2002).

Sin embargo, en la práctica la educación indígena en México, tanto en la educación bilingüe bicultural como en la intercultural, debido a su bajo presupuesto y su deficiente organización, ha seguido produciendo fuertes procesos aculturadores, pues se han desarrollado estrategias sociolingüistas que han favorecido el desplazamiento de las lenguas indígenas y a la vez pobres resultados académicos en el contexto de la sociedad en general.

Otro hecho importante en el indigenismo institucional fue la creación del programa educativo de educación indígena creado en 1982 por la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) y que para el caso de la unidad en Sinaloa, hoy Universidad Pedagógica del Estado de Sinaloa (UPES), ha sido de gran importancia en la educación básica del pueblo yoreme mayo (Santana, 2018). En 1980 se creó la Universidad de Occidente (UdeO), hoy Universidad Autónoma de Occidente (UAdeO), y con ella el Instituto de Antropología en 1982, que abrió oportunidades de investigación para la tan olvidada etnia yoreme mayo, además de iniciar con programas educativos de nivel superior para



los jóvenes indígenas; este fue el antecedente directo de la UAIM, fundada en diciembre de 2001 (Guerra-García, 2016).

Posteriormente, como consecuencia de fuertes demandas por atención de los yoreme mayo se creó en 1982 la Comisión para la Atención de las Comunidades Indígenas de Sinaloa bajo la dirección de Joaquín Vega Acuña, quien orientaría la política indigenista en el estado hasta el 2004. Esta Comisión fue la que posteriormente impulsaría la creación de la UAIM en Mochicahui, pues se pensaba que la educación superior sería un detonante para resolver los problemas del desarrollo en zonas indígenas. En junio de 1989, la *Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo* (OIT) creó el *Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, que es a la fecha el instrumento internacional vinculante que ha sido más efectivo en los cambios en las políticas indigenistas en México, en relación con el reconocimiento internacional de los derechos de los pueblos indígenas (Rohrmoser, 2005). Uno de los puntos más importantes de este Convenio es el derecho de los pueblos indígenas a ser consultados (Charris, 2014).

En junio de 1990 se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación, responsable de proponer y vigilar el cumplimiento de la política nacional en materia de respeto y defensa a los derechos humanos. Su importancia creció cuando se modificó en 1992 el artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuando se le dio facultades para conocer de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos y para emitir recomendaciones públicas autónomas, no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas (Martínez, 2013).

A partir de 1989, las políticas agrícolas y agrarias en México cambiaron radicalmente para entrar al neoliberalismo. El ejido parecía ser la principal causa de la crisis del campo y de la pobreza rural e indígena. Uno de los problemas que más preocupaban era la prohibición de venta de las tierras, pues se trataba de justificar (sin lograrlo) que las parcelas privadas eran más productivas (De Ita, 2019). Este cambio en la legislación se instrumentó a partir del establecimiento de los programas PROCEDE (*Programa de Certificación de Derechos Ejidales y Titulación de Solares*) que funcionó de 1993 a 1998 (Ventura, 2008). A partir de ser decretada la modificación a la Ley, los indígenas recibieron fuertes presiones para despojarlos de sus tierras y territorios considerados necesarios para la modernización neoliberal del campo. De aquí que un gran número de ellos malbarataron sus derechos y se quedaron en peores condiciones de pobreza (Santos, 2015).



El 28 de enero de 1992 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto que adiciona el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para el reconocimiento de los derechos culturales de los pueblos indígenas. Con esto se considera la participación activa de los pueblos indígenas, confirmando los derechos fundamentales (derecho a la vida, a la libertad...) y considerando los derechos humanos consuetudinarios específicos (González, 2016).

Neoindigenismo. El 1 de enero de 1994 el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), integrado en su mayoría por indígenas de las etnias tzeltal, tzotzil, tojolabal y chol provenientes del estado sureño de Chiapas (México) y por intelectuales socialistas no indígenas, declaró la guerra al gobierno del país. Los antecedentes de lucha agraria, de racismo, discriminación, las condiciones de pobreza y marginación, las deficiencias educativas y malos gobiernos, entre otras, fueron las principales causas de su levantamiento (Antón, 2010). Como menciona Hernández (2007):

En marzo de 1995 se emitió la *Ley para el Diálogo, la Negociación y la Paz Digna en Chiapas* y se acordaron las bases del diálogo con el EZLN que derivó, el 16 de febrero de 1996, en la firma de los *Acuerdos de San Andrés*. De esta experiencia política se propició la creación del Congreso Nacional Indígena el 12 de octubre de 1996. A pesar de que hubo demandas que la parte gubernamental rechazó desde un inicio, como la solicitud de que se revisara la contrarreforma agraria al artículo 27, dichos acuerdos, que expresaban el compromiso de impulsar una reforma constitucional que reconociera y garantizara los derechos y demandas indígenas, hasta el momento no se han cumplido en su totalidad y ha dejado a los diferentes gobiernos en entredicho respecto a las verdaderas intenciones para con su diversidad étnica y cultural; en términos prácticos, la agenda económica siempre ha estado por encima de la de las culturas (Gómez, 2015).

En los noventa, a partir de que surgieron decretos, acuerdos, leyes y reformas constitucionales que reconocen la diversidad cultural y lingüística del país, apareció la interculturalidad en el discurso oficial; de esta forma, se introdujo en 1997 en la Dirección General de Educación Indígena (DGEI) un cambio de nombre: de educación bilingüe bicultural a educación intercultural bilingüe (EIB), sin que se dieran explicaciones a profundidad (Aguilar, 2004). En términos prácticos, se trata del cambio de una educación basada en la enseñanza del español a otra en la que se dan ciertas consideraciones a la enseñanza de la lengua materna. Se creía ahora que, sin considerar los procesos de aculturación, la educación bilingüe basada en el uso de la lengua materna del estudiantado ofrece ventajas académicas y sociales sustantivas a las niñas y niños indígenas. Además de los cambios en la educación básica, después de 1995 se dio la



apertura en educación superior a través de la apertura de universidades orientadas a la atención de algunos de los grupos étnicos del país.

Desde 1997, la Universidad Comunitaria de San Luis Potosí (UNICOM) inició procesos encaminados a su formalización como Institución de Educación Superior orientada a la atención de estudiantes indígenas, gracias a las gestiones del profesor Salvador Silva Carrillo. De la misma forma, en 1998, en Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa, empezó un proceso en el que el Instituto de Antropología de la Universidad de Occidente (hoy Universidad Autónoma de Occidente) se convertiría formalmente en diciembre de 2001 en UAIM, gracias al impulso del antropólogo Jesús Ángel Ochoa Zazueta. La postura inicial de esta última fue contraria a las políticas interculturales que ya se habían planteado por el gobierno federal (Guerra-García, 2005). Las dos instituciones se pusieron a escrutinio del gobierno federal y se le condicionó su existencia a cambio de su alineación a las políticas educativas interculturales gubernamentales.

La operación de las políticas de la interculturalidad resaltó el vacío legal en lo referente a pueblos y comunidades indígenas, así es como se llevó a cabo la reforma constitucional mexicana de 2001 (Rodríguez y Núñez, 2016).

El 2 de noviembre de 2001 se emitió la Declaración de la UNESCO sobre la diversidad cultural, tema que se convirtió en una preocupación en el ámbito internacional; su importancia creció cuando las políticas apuntaban a proteger y respetar la diversidad y al mismo tiempo garantizar la interacción armónica entre las culturas (Rodríguez, 2008). De manera congruente, en 2001 en México se modificó el artículo 2° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dando reconocimiento a los pueblos indígenas. Posteriormente, se han hecho modificaciones que no han cambiado la filosofía general y la intención con la que se presentó en 2001.

En la misma sinergia, el 16 de enero de 2001 se creó la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe (CGEIB), cuyo fin ha sido impulsar, coordinar, asesorar y evaluar que el respeto a la diversidad cultural y lingüística esté presente en las políticas y propuestas educativas para todos los tipos, niveles, servicios y modalidades educativos (CGEIB, 2015). En la práctica, su función principal ha sido la de impulsar las políticas interculturales gubernamentales en la educación. Sus esfuerzos más grandes se orientaron a la creación y control de las Universidades Interculturales y a liderar el neoindigenismo en México.

En este clima de época el 5 de diciembre de 2001 se formalizó la UAIM que, junto con la UNICOM, se convirtieron en pioneras en educación superior, orientadas a la atención de estudiantes indígenas en el país, pero para el caso de la UAIM de la cultura yoreme mayo de Sinaloa. A pesar de que la postura inicial era opuesta al interculturalismo oficial por considerarlo una política aculturadora y etnofágica, al paso de los años el presupuesto



de esta institución quedó ligado a la recomendación de la CGEIB, por lo que se decidió integrarse a la red de universidades interculturales del país (Guerra-García, 2016).

Con esta misma sinergia, pero de manera tardía, el 13 de marzo de 2003 se publicó en México la *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas*, durante el gobierno de Vicente Fox Quesada, en la que se da reconocimiento nacional a las lenguas indígenas al igual que al español (DOF, 2003). Esta Ley hubiera sido de gran beneficio antes de que la mayoría de las lenguas en el país se encontraran en un fuerte riesgo de desaparición, como lo está el yoremnokki, que difícilmente se podrá recuperar a pesar de los últimos esfuerzos de algunas instituciones. En 2003 también se creó el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), pero fue hasta 2005 cuando comenzó a operar; su objeto es promover el fortalecimiento, preservación y desarrollo de las lenguas indígenas que se hablan en el territorio nacional. Con este hecho se dio un giro a la política lingüística en México, la que desde la época colonial pretendió erradicar las culturas indígenas y sus lenguas con el pretexto del progreso y la civilización (Canuto, 2013).

El 21 de mayo de 2003 se aprobó la *Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas* (CDI); tenía una cobertura en 24 estados de la República (incluyendo Sinaloa) a través de Centros Comunitarios agrupados en delegaciones estatales que tenían como objetivo principal la identificación de problemas que les permitiera aplicar los programas mediante proyectos (Aldana y Solari, 2009). La CDI fue de gran importancia para el impulso de la UAIM en sus inicios, pues proveyó de apoyos importantes, además de enviar a estudiantes indígenas del país a esta institución.

El 13 de septiembre de 2007 se aprobó la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* donde se reconoce y exige el respeto a los derechos de los pueblos indígenas. A diferencia del *Convenio 169* de la OIT, no es vinculante para los estados, pero representa una herramienta más en la lucha de los pueblos indígenas en el intento por plasmar, en documentos reconocidos en el ámbito internacional, sus demandas y derechos (Jasso, 2009). El 4 de diciembre de 2018 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la *Ley que Promulga la Creación del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas* (INPI), sustituyendo a la CDI, con tres objetivos centrales: la implementación de los derechos de los pueblos originarios, impulsar sus procesos de desarrollo integral y sostenible, y fortalecer sus culturas y lenguas (García, 2019).

El 28 de febrero de 2018 se publicó la *Ley de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas para el Estado de Sinaloa*, que tiene por objeto, entre otros (CNDH; 2018a), dar el marco legal para el establecimiento del Catálogo de Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Sinaloa, reconocido por el Congreso del Estado el 7 de marzo de 2018, en el que se incluyeron 245 localidades (Quintero, 2018). Anteriormente, como parte



de la estrategia de invisibilidad muchas comunidades con vocación indígena no eran reconocidas y por tanto no recibían ciertos beneficios de los gobiernos.

De manera muy tardía, con la lengua yoreme mayo con alto riesgo de desaparición, el INALI presentó el 6 de diciembre de 2019 la norma de escritura del yoremnokki, que permitirá principalmente ayudar en los procesos de enseñanza formal del idioma (UAIM, 2019).

Situación actual de los yoremes. Como en muchos otros grupos indígenas del país, la situación de pobreza, marginación, explotación y exterminio a la que han sido sometidos los yoreme mayo durante más de cinco siglos, aunada al constante contacto e intercambio con una sociedad mestiza, han afectado gravemente el desarrollo y la realización plena de la cultura de este grupo humano. El sincretismo y la migración son factores que en gran medida han determinado la paulatina transformación de aquellos rasgos de identidad propios de los que coloquialmente se les llama «mayos» (López, 2007).

Actualmente, los yoreme mayo son principalmente jornaleros en empresas agrícolas; algunos se han integrado como empleados en el comercio, como obreros o pescadores en las diferentes industrias, en las que trabajan por temporadas de acuerdo con la vocación industrial de la zona (Santos, 2015); comparten el territorio sinaloense con otros 20 grupos indígenas.

Los municipios de mayor densidad de población indígena en Sinaloa son: El Fuerte, que representa el 31.4% del total; Culiacán, con el 13.09%; Guasave, con el 10.35%, y Navolato, con el 9.59%. La población indígena de El Fuerte se conforma principalmente por el grupo yoreme-mayo y algunos asentamientos rarámuris y triquis.

La etnoregión *yoreme mayo* cuenta con 183 comunidades con dimensiones muy variadas que requieren ser estudiadas y visibilizadas. El Gobierno del Estado de Sinaloa recientemente las ha reconocido; por municipio se encuentran: a) en El Fuerte: 68; b) en Choix: 27; c) en Guasave: 18; d) en Sinaloa municipio: 10; e) en Ahome: 51, y en Angostura: 9. El nombre y ubicación de cada una de ellas se especifica en el Catálogo de Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Sinaloa (CNDH, 2018b). Jahuara II, Bacorehuis, Constancia, El Pochotal y Los Capomos son las de mayor población indígena aun cuando hoy no son lugares exclusivos de esta etnia, es decir, que cohabitan con los mestizos.

La situación como grupo étnico es grave en muchos sentidos, su condición de pobreza se ha recrudecido y su situación cultural es precari, de acuerdo con un estudio en relación con la vitalidad del yoremnokki en Sinaloa (Guerra-García y López-de Haro, 2020). El riesgo de la pérdida de este lenguaje es muy alto y no se observa una solución



clara para su rescate. Su condición es consecuencia del largo proceso colonizador que ha sufrido este grupo étnico desde el primer contacto con los españoles y que se intensificó a través de las políticas y acciones del gobierno mexicano que no han podido ser revertidas ni por el indigenismo institucional ni por el neoindigenismo en este país.

Discusión

Indigenismo institucional. El indigenismo institucional se caracterizó por la creación de instituciones que intentaron atender las problemáticas indígenas en el país; inició a partir de la realización del *Primer Congreso Indigenista Interamericano* de Pátzcuaro, en 1940. A partir de aquí se formó un programa de abordaje de naturaleza corporativista, propio de la época, pero a la vez que rompe con el socialismo europeo, en el sentido de centrar la atención en la categoría del «indígena» ajeno a las teorías socialistas de la época.

Mexicanizar al indio es la máxima de Cárdenas; refleja que, a pesar de la Revolución y la Independencia, se cuestionaba a los pueblos indígenas sobre su adscripción nacional, y ellos mismos los hacían, pues siglos de vejaciones marcaban una fuerte distancia para con los no indígenas, que en un principio eran españoles y después mexicanos mestizos y no mestizos que tanto los habían violentado. La solución que se fue dando en los diferentes niveles, internacional, nacional, estatal y local, fue la de la creación de instituciones, varias, para dar solución a las diferentes problemáticas que se fueron presentando. Estas instituciones se crearon con el positivismo como tela de fondo, pues se pensaba que darían solución, principalmente con base en las ciencias antropológicas.

Estas instituciones fueron un reflejo de las políticas públicas que se fueron dando en su momento y que fueron formando una red que administraba la cuestión étnica mexicana y que definitivamente marcaron la vida de las comunidades indígenas, como la yoreme mayo en este caso. La UNESCO, el INI, el CONAFE, la CNDH, la DGEI, el CIESAS y en el ámbito local, la creación la Comisión para la Atención de las Comunidades Indígenas de Sinaloa y el Instituto de Antropología de la UdeO generaron acciones y documentos rectores de gran influencia como la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, el *Convenio 107* de la OIT, el *Primer Congreso Nacional de Pueblos Indígenas* en Pátzcuaro, el *Programa de Formación Profesional en Etnolingüística* en los setenta, el *Convenio 169* de la OIT, la creación del programa educativo de educación indígena creado por la UPN, y en el ámbito local las carreras universitarias que se ofrecieron por parte del Instituto de Antropología de la UdeO.

En este periodo, las intervenciones gubernamentales se realizaron de manera intensiva en el centro y sur del país, de tal manera que las acciones para con los yoreme mayo



llegaban de manera tardía, pero los cambios sociales estaban en proceso; la construcción de carreteras, presas y medios de comunicación modificaron su vida y su cultura, independientemente de las políticas indigenistas. El indigenismo institucional influyó básicamente en tres aspectos de la vida de los indígenas en el país y particularmente de los yoreme mayo: la propiedad, la educación y la lengua. Respecto a la propiedad, el despojo hacia los indígenas se dio en dos fases; primero, la constitución de los ejidos, que no era la forma tradicional de organización de este pueblo indígena, y después la posibilidad de privatización, que ante la pobreza de los yoreme mayo, motivo que en su mayoría vendiera sus pocas tierras.

Respecto a la educación, se realizaron cambios a través de las instituciones. Primero se aceptó que la imposición de la enseñanza del español había sido un error, pero después se propusieron esquemas bilingües e interculturales, que se presentaron como oportunidades de inclusión, pero que a largo plazo han sido factor clave en el desplazamiento lingüístico, particularmente del yoremnokki. La DGEI ha instrumentado estas políticas, que ante las pobres condiciones y los presupuestos raquíticos ha dado como resultado que la educación indígena produjera fuertes procesos aculturadores, todo lo contrario a las expectativas iniciales.

Sin embargo, el movimiento indígena ha ido avanzando lentamente y ya para los años setenta se podían encontrar estudiantes universitarios, profesionistas y líderes intelectuales indígenas de todo el país, incluyendo Sinaloa, aun cuando estos hayan sido negados para los puestos de instituciones orientadas a la atención de los pueblos indígenas. El resultado de todos los procesos educativos generados por las instituciones mencionadas fue negativo; para los años setenta el yoremnokki ya presentaba un fuerte desplazamiento debido al uso extendido del español, además de todos los demás problemas sociales y económicos por los que atravesaba el pueblo yoreme mayo.

Neoindigenismo. El neoindigenismo se caracteriza por la intensificación de la legislación internacional y nacional para dar solución a las problemáticas indígenas; comienza en los noventa con el surgimiento del EZLN y la firma de los *Acuerdos de San Andrés* que quedan como un referente obligado. El resultado de esta guerra que se vivió en México fue la revisión de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para incluir todos los aspectos olvidados de las poblaciones indígenas. Se comenzaron a emitir además leyes de gran importancia, como la *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas* y la Ley de la CDI que sustituyó al INI, y la del INPI que sustituyó a la del CDI. Las declaraciones de la UNESCO sobre la diversidad cultural y sobre los derechos de los pueblos indígenas han sido referentes para estos cambios en la legislación nacional.



En el ámbito estatal se emite la *Ley de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas* y el *Catálogo de Pueblos y Comunidades Indígenas* y de manera tardía en diciembre de 2019 se formaliza la norma de escritura del yoremnokki. Estos cambios en la normativa van en diferentes sentidos, pues, por un lado, representan el otorgamiento de ciertos empoderamientos para los pueblos indígenas, pero a la vez se aplican como parte de la resistencia del grupo no indígena a dejar un poder que no ha dejado de ejercer. La creación de la CGEIB, del INALI y de las primeras universidades interculturales en el país, entre ellas la UAİM, reflejan, por un lado, los grandes vacíos que había, pero también la necesidad del gobierno de tener un aparato burocrático de atención a los indígenas, que ante el nuevo contexto económico son más difíciles de controlar.

La condición de los yoreme mayo es consecuencia del largo proceso colonizador que ha sufrido este grupo étnico desde el primer contacto con los españoles y que se intensificó a través de las políticas y acciones del gobierno mexicano que no han podido ser revertidas por el indigenismo institucional, ni por el neoindigenismo en este país.

Conclusiones

El indigenismo institucional y el neoindigenismo presentan de manera dialéctica avances en el empoderamiento de los pueblos y comunidades indígenas, pero al mismo tiempo representan la permanencia de paupérrimas condiciones sociales y económicas a las que han sido orillados. El pueblo yoreme mayo es una muestra de ello; hay fuertes esperanzas en las instituciones, en la legislación internacional y nacional, pero aún existen fuertes inercias que utilizan estas mismas herramientas para mantener los intereses políticos de los grupos que tradicionalmente han estado en el poder. Sin embargo, la emancipación del pueblo yoreme mayo y de los demás pueblos indígenas se encuentra en proceso y estas dos etapas, el indigenismo institucional y el neoindigenismo, han permitido su reivindicación en muchos sentidos, a pesar de la continua amenaza de desaparición de su cultura.

Referencias

- Aguilar, J. (2004). Hacia una memoria argumental sobre la educación intercultural en México. Una narrativa desde la frontera norte. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 9(20), 39–59.



- Aldana, M.A. & Solari, A. (2009). Evaluación de programas para el desarrollo de zonas indígenas. El caso de los fondos regionales en Zitácuaro (Michoacán). *Economía y Sociedad*, 14(24), 15–42.
- Álvarez, C. (2008). La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gazeta de Antropología*, 24(1), 1–15.
- Antón, E. (2010). Las paradojas del movimiento zapatista en la construcción de paz: «El ejército que nace para que no haya más ejércitos». *Revista de Paz y Conflictos* (3), 140–53.
- CGEIB (2015). Identidad institucional. México: SEP. <<https://eib.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/II2015CGEIB.pdf>>.
- Canuto, F. (2013). Las lenguas indígenas en el México de hoy. Realidad y política lingüísticas. *Lenguas Modernas* (42) 31–45. <https://www.researchgate.net/publication/278967626_Las_lenguas_indigenas_en_el_Mexico_de_hoy_Realidad_y_politica_linguisticas>.
- Charris, J.P. (2014). El consentimiento libre, previo e informado como garantía de transparencia en la administración pública. *Revista Derecho del Estado* (33), 123–47.
- CNDH (9 de febrero de 2018a). *Ley de los Derechos de los Pueblos y Comunidades Indígenas para el Estado de Sinaloa*. <http://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/Indigenas/Indigenas/22Ley_DPCIE_Sin.pdf>.
- CNDH (25 de mayo de 2018b). *Ley que Establece el Catálogo de Pueblos y Comunidades Indígenas del Estado de Sinaloa*. <https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Sinaloa/Ley_EPCIE_Sin.pdf>.
- De Ita, A. (2019). Las reformas agrarias neoliberales en México. *El Cotidiano*. <http://cecam.org/sites/default/files/Las%20reformas%20coti_214.pdf>.
- De la Peña, G. (2002). La educación indígena. Consideraciones críticas. *Revista Electrónica Sinéctica* (20), 46–53.
- Dietz, G. (2005). Del indigenismo al zapatismo: la lucha por una sociedad mexicana multi-étnica. En Grey, N. y Zamosc, L. (edit.). *La lucha por los derechos indígenas en América Latina*. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 53–128.
- DOF (13/03/2003). *Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/257_200618.pdf>.



- García, C. (3 de mayo de 2019). El INPI, una nueva entidad para implementar los derechos de los pueblos indígenas en México. *Noticias ONU*. <<https://news.un.org/es/story/2019/05/1455331>>.
- Gaete, L.A. (2012). El convenio 169. un análisis de sus categorías problemáticas a la luz de su historia normativa. *Revista Ius et Praxis*, 18(2), 77-124.
- González, J.A. (2016). Reforma al artículo 4 constitucional: pluralidad cultural y derechos de los pueblos indígenas. <<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/3186/3591>>.
- Gómez, M. (2015). Los Acuerdos de San Andrés Sakamch'en: entre la razón de Estado y la razón de Pueblo. *El Cotidiano* (196). <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/325/32544732005/html/index.html>>.
- Guerra-García, E. y López de Haro, P. (2020). Ecology of Pressures and Linguistic Vitality of the Yoremnokki Language in Sinaloa. *Journal of Arts & Humanities*, 9(10), 11-28.
- Guerra-García, E. (2016). *La Universidad Autónoma Indígena de México en sus inicios. Surgimiento, primera rectoría, currículum y modelo educativo inicial*. México: UAIM, INAPI.
- Guerra-García, E.; Meza-Hernández, M.E. y López-Reyes, C.M. (2016). La educación superior indígena e intercultural en Sinaloa. Antecedentes sociohistóricos. En Moreno, Soto y Castro (coords.). *El sistema educativo en Sinaloa. Historia, problemas y políticas educativas*. México: UPES y Del Lirio, 357-380.
- Guerra-García, E. (2005). La aneregogía de la voluntad, propuesta educativa sociointercultural de la Universidad Autónoma Indígena de México. *Ra Ximhai*, 1(1), 15-38.
- Hernández, A. (2007). Orígenes y antecedentes del EZLN. *Espacios Públicos*, 10(19), agosto, 264-83.
- Jasso, I.J. (2009). Puntos de análisis y reflexión sobre la «declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas». *Ra Ximhai*, 5(3), 415-23.
- Jiménez-Naranjo, Y. y Mendoza-Zuany, R.G. (2016). La educación indígena en México: una evaluación de política pública integral, cualitativa y participativa. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 14(1).
<<https://www.redalyc.org/jatsRepo/745/74543269005/html/index.html>>.



- Korsbaek, L. & Sámano-Rentería, M.Á. (2007). El indigenismo en México: antecedentes y actualidad. *Ra Ximhai*, 3(1), 195–224.
- López, H.E. (2007). Los mayos de Sinaloa: esbozo etnográfico y regional. *Cuicuilco*, 14(39), 11–33.
- Maldonado, A. (2000). Los organismos internacionales y la educación en México. El caso de la educación superior y el Banco Mundial. *Perfiles Educativos* (87), 1–19.
- Martínez, A. (2013). Derechos y medios de protección ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. *El Cotidiano* (180), 113–20.
- Massón, R.M. & Torres S., A.R. (2009). La UNESCO, las políticas y los sistemas educativos de los países de la región latinoamericana. *VARONA* (48–49), 15–23.
- Mejía, F. & Martín, A.F. (2016). CONAFE: una apuesta para la cobertura escolar y, ¿para la calidad educativa? *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, 46(4), 51–64.
- Olivé, L. (2004). *Interculturalismo y justicia social*. México: UNAM.
- Ortega, S. (1999). *Breve historia de Sinaloa*. México: Fondo de Cultura Económica, El Colegio de México.
- Pineda, R. (2012). El Congreso Indigenista de Pátzcuaro, 1940, una nueva apertura en la política indigenista de las Américas. *Baukara* (2), 10–28. <[http://www.interindi.net/es/archivos/Baukara2_05_Pineda\(10-28\).pdf](http://www.interindi.net/es/archivos/Baukara2_05_Pineda(10-28).pdf)>.
- Quintero, O. (7 de marzo de 2018). Aprueba Congreso catálogo de pueblos y comunidades indígenas. <<https://olegario.mx/2018/03/aprueba-congreso-catalogo-de-pueblos-y-comunidades-indigenas/>>.
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Rodríguez, F. (2008). México y la convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales de la UNESCO. *Foro Internacional*, 48(4), 861–85.
- Romero, D. (2020). Reflexiones sobre el método histórico. En Guerra-García (coord.). *Miscelánea de reflexiones sobre los métodos de investigación*. México: UAIM y Del Lirio.
- Rodríguez, A. & Núñez, V.R. (2016). Derechos humanos de los pueblos y comunidades indígenas. Evaluación desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Argumentos*, 29(82) 183–203.



- Rohrmoser, R. (2005). La operatividad del Convenio 169 de la OIT en el derecho interno guatemalteco. *Estudios Constitucionales*, 3(1), 263-79.
- Sandoval-Forero, E.A; Guerra-García, E.; Caro-Dueñas, M.A. & Meza-Hernández, M.E. (2019). Recuento crítico del interculturalismo y de las universidades interculturales en México. *Ra Ximahi*, 15(4), 15-37.
- San Román, T. (2009). Sobre la investigación etnográfica. *Revista de Antropología Social* (18), 235-60.
- Santana, Y. (2018). Formación académica y militancia de los intelectuales indígenas mexicanos. *Avá. Revista de Antropología* (33), 79-101.
- Santos, V.J. (2015). La población indígena de Sinaloa: 1910-2000, en C. M. Sánchez y M. Aguilar. *Historia temática de Sinaloa, Tomo 1*. México: Gobierno del Estado de Sinaloa, Instituto Sinaloense de la Cultura, 207-236.
- Soto-Izaguirre, J.H.; Guerra-García, E.; Real-Audeves, J.R. & Apodaca-Felix, A.L. (2019). *La educación indígena en Sinaloa*. México: UPES, UAIM.
- UAIM (6 de diciembre de 2019). INALI presenta la Norma de Escritura del Yoremnokki-Mayo. <<http://www.uais.edu.mx/portal/index.php/noticias/603-inali-presenta-la-norma-de-escritura-del-yoremnokki-mayo>>.
- UNESCO (2001). *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*. <http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html>.
- Velarde, S.F. (2015). Para entender al México emergente: derechos humanos, democracia y violencia. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales* (20), 199-208.
- Ventura, M.C. (2008). Nueva reforma agraria neoliberal y multiculturalismo. Territorios indígenas, un derecho vuelto a negar. *Revista Pueblos y Fronteras Digital* (5), <<https://www.redalyc.org/pdf/906/90600507.pdf>>.
- Vergara, J.I. & Gundermann, H. (2016). Chile y el Instituto Indigenista Interamericano, 1940-1993. Una visión de conjunto. Chungara, *Revista de Antropología Chilena*, 48(1), 127-44.



Índice Alfabético

A

Adolescencia
Adolescentes
Adulto
Alimentación
Alimentación
Apoyo social
Autismo
Autoeficacia
Autoestima
Autonomía personal
Adulto mayor

B

Bullying

C

Cardiopatía
Comunicación
Comunicación sexual
Conducta alimentaria
Consumo de bebidas alcohólicas
Cuidadores

D

Dependencia emocional

E

Embarazo
Embarazos
Emigración
Escolar
Escolares
Estado nutricional
Estrés
Estudio de correlación
Estudios transversales

F

Factores protectores
Familia



I

Ideación suicida
 Infecciones de Transmisión Sexual
 Inmigración
 Intervención Cognitivo-Conductual
 ITS

M

Madre
 Maltrato
 Matamoros
 México
 Migración humana
 Mujeres
 Multiculturalismo

N

Niños
 Noviazgo adolescente

O

Obesidad

P

Padres
 Parto obstétrico
 Percepción
 Percepción del peso
 Periodo posparto
 Peso corporal
 Política cultural
 Práctica materna
 Prácticas de alimentación
 Preescolar
 Preescolares
 Psicología

R

Relaciones interétnicas
 Religión
 Riesgo sexual

S

Salud de la mujer

Salud mental

Salud sexual

Secundaria

Separación familiar

Sexismo

Sexting

Sexualidad

Sobrepeso

Suicidio

T

Trastorno del Espectro Autista

Trastornos emocionales

U

Universitarios

V

Victimización sexual en línea

VIH

Violencia

Violencia entre novios

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Vulnerabilidad



INVESTIGACIÓN EN MÉXICO EN TORNO A POBLACIONES VULNERABLES

Se terminó de imprimir en diciembre de 2022
en la Ciudad de México

por Ediciones del Lirio, S.A. de C.V.

Azucenas número 10, Colonia San Juan Xalpa, C.P. 09850, alcaldía Iztapalapa,
Tel. 56134257

www.edicionesdellirio.com.mx

El tiraje consta de 1000 ejemplares más sobrantes para reposición.

