

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

DCE Carolina Benavides Guerrero
DCE Diana Berenice Cortes Montelongo
DCE Karla Iris Cuevas Martínez
DCE Luis Carlos Cortez González

Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar

Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar

Coordinadores:

DCE Carolina Benavides Guerrero

DCE Diana Berenice Cortes Montelongo

DCE Karla Iris Cuevas Martínez

DCE Luis Carlos Cortez González



Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar

Coordinadores:

DCE Carolina Benavides Guerrero

DCE Diana Berenice Cortes Montelongo

DCE Karla Iris Cuevas Martínez

DCE Luis Carlos Cortez González

Primera edición: diciembre, 2025

D.R. © Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.

Manantiales 29 - 4

Colonia Chapultepec

C.P. 62450, Cuernavaca, México.

Tel. 55-3233-6910

www.labiblioteca.com.mx

ISBN: 978-607-5927-82-4

Diseño de portada y composición tipográfica:

Fernando Bouzas Suárez

La totalidad de los capítulos que integran en este libro fueron arbitrados y sometidos a evaluación externa, mediante un dictamen de doble ciego, donde participaron especialistas en el área. Las versiones finales se enriquecieron con las aportaciones de los pares académicos. Asimismo, se empleó un software especializado para el análisis de similitudes con respecto a otras obras.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra en cualesquiera formas, sean electrónicas, mecánicas o por fotocopia, sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares de los derechos.

Impreso y encuadernado en México

Printed and bound in México

Índice

Presentación	9
Prólogo	11
Capítulo 1. La autoeficacia para envejecer explica el envejecimiento activo en personas adultos mayores	15
<i>Josué Arturo Medina Fernández, Fernanda Guadalupe Rascón Arriaga</i>	
<i>Isaí Arturo Medina Fernández, Beatriz Martínez Ramírez</i>	
Capítulo 2. Indicadores de riesgo de obesidad en padres de niños en edad escolar y su bienestar y autoeficacia en Saltillo	29
<i>Abosede Olatunde Nupo; José González Tovar; Rosa Isabel Garza Sánchez</i>	
Capítulo 3. Relación entre estados emocionales y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas mexicanas	43
<i>María Teresa Rivera Morales, Edgar Aguirre Sifuentes,</i>	
<i>Sofía Borjón Jiménez, Julio Cu Farfán López</i>	
Capítulo 4. Características antropométricas y estado de sarcopenia de adultos mayores en Saltillo, México	55
<i>Nupo Sunday Sedodo, Ortiz-Cruz Gabriela, de la Fuente Viridiana,</i>	
<i>Cortes-Hernández José Lauro</i>	
Capítulo 5. Aislamiento social, soledad, soporte social y la aceptación tecnológica en personas mayores	71
<i>Carolina Benavides Guerrero, Evelyn Jiménez Cruz,</i>	
<i>Marlent Karen Talamantes Pitones, Luis Antonio Rendon Torres</i>	
Capítulo 6. Ejercicio físico y estratificación de riesgo en el adulto mayor en un enfoque incluyente.	89
<i>Kirby Gutiérrez Arce, Cristian Yovany Rojas Aboite,</i>	
<i>Francisco Javier Coronel Pérez, María Cristina Enríquez Reyna</i>	
Capítulo 7. Depresión y función cognitiva en personas mayores con enfermedades crónicas	103
<i>Daniel Carlin Guerrero, Karla Iris Cuevas Martínez,</i>	
<i>Yolanda Botello Moreno, Francisca Rodríguez Espinoza,</i>	
<i>Marisol Vargas Hinojosa</i>	

Capítulo 8. Calidad de vida de personas mayores pertenecientes a familias trasnacionales de la huasteca potosina	115
<i>Erika Adriana Torres Hernández, Anahí Lizbeth Hernández Tomás, Oscar Fernández Pérez Tejeda, Carolina Ortega Olvera</i>	
Capítulo 9. Fatiga laboral en operadores de quinta rueda	129
<i>Adriana Lerma-Valdez, Jesús Cuellar González, Yari Rodríguez-Santamaría, Patricia Marisol Márquez-Vargas, Geu Mendoza-Catalán</i>	
Capítulo 10. Vulnerabilidad, derechos humanos, autocuidado y bienestar humano en población migrante: una perspectiva interdisciplinaria	143
<i>Nissa Yaing Torres Soto, Beatriz Martínez Ramírez, Luis Carlos Cortez González, Gerardo Omar Matos Aguayo</i>	
Capítulo 11. Norma subjetiva, intención de consumo y consumo de tabaco en adolescentes trabajadores del campo	163
<i>Jesús Alcocer Carranza, Santiago Enriqueta Esparza Almanza, Nora Angélica Armendáriz García, Nora Nelly Oliva Rodríguez</i>	
Capítulo 12. Creencias fatalistas y capacidades de autocuidado en mujeres con diabetes tipo II	181
<i>Leslie Marlen García-Pérez, Alma Leticia Juárez-De Llano, Patricia Marisol Márquez-Vargas, Nobemí Selene Alarcón-Luna, Rosa María Galicia-Aguilar</i>	
Capítulo 13. Consumo de drogas licitas (tabaco y alcohol) relacionado con problemas de salud en adultos	193
<i>María de Jesús De Valle-Alonso, Martha Dalila Méndez-Ruiz, Carlos Reyes-Sánchez, José Adolfo Ramos-Zamora, Yarethzi Elizabeth Huante-Sánchez</i>	
Capítulo 14. Alfabetización en salud en trabajadores de una empresa maquiladora.	205
<i>Martha Lilia Zúñiga Vargas, Lilita Leticia Juárez Medina, Iris Iliana Terrazas Gutiérrez, Guadalupe Rafaela Vargas Domínguez, Andrea Areli Rubio Ferrel</i>	
Capítulo 15. Prueba sensorial y efecto en la respuesta glucémica de jugo de guanábana (annona muricata l.) en población maya con diabetes mellitus tipo II	215
<i>Edgar Fernando Peña Torres, Nissa Yaing Torres Soto</i>	
Capítulo 16. Intervenciones en materia de sexualidad en estudiantes universitarios: revisión sistemática	229
<i>Amayrani Juárez-Pérez, Alejandra Denise Salas-García, Matheus Henrique Alves de Moura, Raquel A. Benavides-Torres</i>	

Capítulo 17. Consumo de alcohol y violencia en el noviazgo en adolescentes del norte de Tamaulipas245

*Lucrecia Sánchez-López, Nancy Zulema Reyes-Cabrera,
Carlos Reyes-Sánchez, Miguel Ángel Villegas-Pantoja,
Laura Alicia García-Perales*

Capítulo 18. Tiempo en pantalla en estudiantes universitarios: relación con adicción a redes y dependencia al móvil259

José Mario Reyes Zapata, María Teresa Rivera Morales

Capítulo 19. Relación entre rutinas familiares, funcionalidad familiar, apoyo y percepción del integrante con diabetes tipo II.275

*María Isabel Tlaczani Conde, Maricarmen Moreno Tochibuitl,
Carmen Cruz Rivera, Rayo Cruz Rivera*

Capítulo 20. Relación de estereotipos negativos del envejecimiento y calidad de vida de la persona mayor . . .287

*Itzel Sarahí Sierra Rojas, Marissa Michelle Díaz Dávila,
Verónica Guajardo Balderas, Ma. de los Ángeles Alatorre Esquivel*

Capítulo 21. Dimensiones familiares y su relación con la cognición en adultos mayores.303

*Edgar Humberto Macías Escobedo, Ángela Gabriela Molina Arriaga,
Luis Carlos Cortez González, José María Guajardo Espinoza,
Esmeralda Reyes Rodríguez*

Capítulo 22. Factores asociados a la mortalidad en personas con diabetes mellitus tipo II317

*Karla Karime Escudero-Gonzalez, Mildred Astrid Moreno-Cruz,
Mayra Samira De León-Ramírez, Jorge Gabriel Tuz-Colli*

Capítulo 23. Factores psicosociales y riesgo de suicidio en estudiantes del área de la salud331

*Mireya del Carmen González Álvarez, Nancy Griselda Pérez Briones,
Dafne Astrid Gómez Melasio, Idalia Margarita Herrera-Garibay,
Anahí Ruiz Lara*

Capítulo 24. Apoyo social percibido y espiritualidad de cuidadores de adultos mayores345

*Nuncio Domínguez José Luis, Lara Vásquez Claudia Verónica,
Cortez González Luis Carlos, Cortes Montelongo Diana Berenice,
Jasso Oyervides Martha Virginia*

**Capítulo 25 Inteligencia emocional y su relación
con la adherencia terapéutica de personas con
enfermedad crónica361**

*Luis Gerardo Vásquez-Guajardo, Diana Berenice Cortes Montelongo,
Luis Carlos Cortez González, Claudia Verónica Lara Vásquez*

**Capítulo 26 Tecnologías de Información y
Comunicación: impacto en las coberturas de vacunación
en grupos vulnerables375**

*Michel Astorga Portugal, Gener José Avilés Rodríguez,
Luisa Carolina Rosas Hernández, Jorge Alfredo Vega López*

**Capítulo 27 Relación entre el consumo de alcohol
y las creencias del consumo de alcohol en adolescentes387**

*Carlos Reyes-Sánchez, Alexia Gabriela Cortes-Arzate,
Verónica Guzmán-Ramírez, Mildred Astrid Moreno-Cruz,
José Adolfo Ramos-Zamora*

**Capítulo 28 Actitudes negativas y autoeficacia para
envejecer en personas adultas del Norte y Centro de México. .399**

*Claudia Jennifer Domínguez-Chávez, Alma Angélica Villa Rueda,
Abraham Isaac Esquivel Rubio, Juana Edith Cruz-Quevedo*

**Capítulo 29 Habilidades sociales y desempeño
académico de estudiantes indígenas de una universidad
pública del noroeste de México411**

*Ilce Viviana López Teposte, Alejandrina Bautista Jacobo,
María Olga Quintana Zavala, Claudia Figueroa Ibarra*

**Capítulo 30 Horas de sueño asociado al cumplimiento
del autocuidado en personas con diabetes tipo 2427**

*Geu Mendoza-Catalán, Julieta Ángel García,
Angelica Sarai Jiménez Osorio, Diego Estrada Luna*

Coordinadores441

Colaboradores.443

Presentación

Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar: es una compilación de trabajos de investigación realizados por grupos de investigadores de varias Universidades del país, que sin duda ayudara a comprender la complejidad que implica el tratar de mejorar las condiciones de las personas que están inmersas en esta situación.

En nuestro país como en cualquier parte del mundo, los grupos vulnerables son aquellos que por sus características sociales, económicas o físicas son más susceptibles a sufrir daño, discriminación o falta de oportunidades.

El tema de los grupos vulnerables en México sigue siendo una tarea pendiente, debido a múltiples factores; por ejemplo, la perspectiva social hacia estas poblaciones, que con frecuencia no comprende esta condición como un riesgo relevante para su calidad de vida y, en algunos casos, incluso las estigmatiza o aísla, generando una percepción negativa.

Si bien es cierto que la atención a estos grupos es tarea del Estado, los ciudadanos con capacidad para entender y tratar lo relacionado, debemos ser coparticipes en la formulación de programas de atención.

En este libro, los autores nos demuestran que el trabajo multidisciplinar te da las herramientas necesarias para entender mejor las condiciones de las personas en estatus de vulnerabilidad y es un paso importante para que el estudiante en formación o el personal de salud en general entendamos las condiciones de estas personas, seamos empáticos y prestemos atención a las necesidades reales y específicas de estas personas con el fin de dar mejor atención en el momento que lo requieren e incluso ser partícipes en foros de planeación de estrategias para la atención integral de estos grupos.

En el transcurso de la lectura encontraran un nutrido y selecto grupo de temas que nos orientaran o reforzaran el conocimiento para poder llevar a cabo intervenciones de salud que nos acercaran a la realidad de vida de las personas en esta situación especial.

Agradezco la oportunidad de presentar este libro, espero disfruten su lectura ya que si lugar a dudas cambiara su perspectiva de los grupos de personas a los que llaman vulnerables.

DR. RAÚL ADRIÁN CASTILLO VARGAS
Coordinador de Hospitales Universitarios UAdeC

Prólogo

La obra *Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar* constituye un ejercicio académico de alcance nacional, coordinado por Investigadoras e Investigadores adscritos al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), integrantes del Cuerpo Académico Salud y Cuidado de Personas Vulnerables y del Cuerpo Académico Cuidado del Envejecimiento Activo y Saludable de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, así como de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. La articulación entre estos cuerpos académicos refleja un sólido compromiso interinstitucional con la generación, sistematización y divulgación de conocimiento científico orientado a la comprensión de los determinantes sociales y contextuales que configuran la vulnerabilidad en México. Esta colaboración constituye un referente del fortalecimiento de redes académicas que favorecen la investigación colegiada y la profundización teórica y metodológica en el estudio de la salud poblacional.

Desde la perspectiva de la salud pública, los grupos vulnerables enfrentan desigualdades persistentes en la distribución de riesgos, la exposición a factores estructurales adversos y el acceso limitado a servicios de salud, fenómenos ampliamente documentados por las instituciones nacionales de referencia. Diversos estudios publicados recientemente señalan que la pobreza, el rezago educativo, la desigualdad territorial y las condiciones psicosociales constituyen elementos críticos para comprender la aparición, persistencia y profundización de las inequidades en salud.

El presente libro surge como respuesta a la necesidad de generar espacios académicos que promuevan la participación científica y la divulgación del conocimiento en el ámbito de la salud. Para ello, se convocó a docentes, estudiantes de pregrado y posgrado, así como a egresadas y egresados, quienes desarrollaron capítulos con base en revisiones documentales, proyectos de investigación, análisis empíricos y estudios de campo. Esta iniciativa permitió integrar 29 capítulos con contribuciones que fortalecen la formación investigativa y dan continuidad a líneas de generación y aplicación del conocimiento en distintas regiones de México.

Como señala el Instituto Nacional de Salud Pública, el desarrollo de habilidades científicas en estudiantes de ciencias de la salud constituye un elemento central para formar profesionales capaces de analizar críticamente los problemas complejos que enfrentan las poblaciones vulnerables. Esta obra se inscribe en dicha perspectiva al consolidar un espacio editorial que promueve la participación de la comunidad académica en la producción de evidencia científica rigurosa.

Los 30 capítulos que integran esta obra abordan una diversidad de ejes temáticos, entre los que destacan el envejecimiento y la fragilidad, la salud mental, las adicciones, las enfermedades crónicas, la migración, el autocuidado, la educación para la salud y la vulnerabilidad psicosocial. La literatura científica reciente en México ha evidenciado que estas problemáticas se manifiestan de manera diferenciada según variables territoriales, socioeconómicas y culturales, afectando de forma particular a grupos como las personas adultas mayores, los adolescentes y aquellas que viven con enfermedades crónicas. Este comportamiento heterogéneo subraya la necesidad de estudios contextualizados y metodológicamente rigurosos que permitan comprender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad en poblaciones vulnerables.

Por ejemplo, investigaciones recientes advierten un incremento sustancial en la fragilidad, la dependencia funcional y el deterioro cognitivo en la población mayor mexicana, particularmente en quienes residen en contextos de rezago social. De igual forma, los estudios actuales en salud mental juvenil señalan un aumento en síntomas depresivos, ansiedad, uso problemático de tecnologías y conductas de riesgo, aspectos que demandan enfoques interdisciplinarios y basados en evidencia.

Así mismo, las enfermedades crónicas no transmisibles continúan representando uno de los principales desafíos nacionales. La alfabetización en salud, la adherencia terapéutica y el autocuidado se mantienen como componentes fundamentales para mejorar el control metabólico y reducir complicaciones, tal como lo refieren estudios recientes publicados.

La obra también incorpora análisis sobre migración y movilidad humana, problemáticas que se intensifican en zonas fronterizas y que exigen un enfoque interseccional ante la diversidad de riesgos a los que se enfrentan las poblaciones migrantes. Estas contribuciones fortalecen el cuerpo de conocimiento sobre vulnerabilidad social y salud en México.

Los capítulos reunidos en este volumen evidencian la pertinencia de promover la divulgación científica como estrategia para fortalecer la cultura investigativa en la educación superior. La formación investigativa, incrementa la capacidad analítica, la alfabetización científica y el compromiso ético de los futuros profesionales de la salud; por ello, la presente obra constituye un recurso académico valioso que contribuye al desarrollo de dichas competencias.

Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar es, por tanto, una obra que articula la visión de Cuerpos Académicos nacionales, la experiencia de Investigadoras e Investigadores SNII y la energía creativa de docentes, estudiantes y egresados comprometidos con la salud pública. Como autora del presente prólogo, destaco el valor formativo, científico e interinstitucional de este trabajo, el cual, sin duda, contribuirá a enriquecer la reflexión, la docencia y la investigación en beneficio de las poblaciones que requieren mayor atención, acompañamiento y justicia social.

MCE. VERÓNICA GUAJARDO BALDERAS
Directora, Facultad de Enfermería Nuevo Laredo
Universidad Autónoma de Tamaulipas

Capítulo 1. La autoeficacia para envejecer explica el envejecimiento activo en personas adultos mayores

JOSUÉ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ
FERNANDA GUADALUPE RASCÓN ARRIAGA
ISAÍ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ
BEATRIZ MARTÍNEZ RAMÍREZ

Introducción

El envejecimiento activo forma parte importante en el proceso de envejecimiento, es por ello como profesionales de enfermería se debe considerar el comportamiento de la salud como factores probables causantes del envejecimiento patológico. Dicho lo anterior es necesario abordar la forma de envejecer y como se puede relacionar con el estar activamente durante todo el proceso de envejecimiento.

Si bien dentro del área de la gerontología se ha desarrollado el concepto de la autoeficacia para envejecer el cual se define como aquella percepción con la que cuenta una persona, estipulando el control que en algún futuro pueda desarrollar con base a los cambios cognitivos, emocionales, físicos y de salud, los cuales se desencadenan detrás de un envejecimiento, provocando cambios morfológicos y funcionales, reflejados desde el nacimiento hasta la muerte, este proceso es individual, progresivo e irreversible, pudiéndose verse afectado si no se tiene un envejecimiento activo(Hladek et al., 2020; Tang, 2021).

La autoeficacia es una herramienta valiosa y que ha sido necesaria para el fomento de la motivación y autoconfianza para la práctica de actividad física, teniéndose en cuenta que este es un pilar elemental para el envejecimiento activo (Lee & Oh, 2020; Mesa-Fernández et al., 2019).

El envejecimiento activo se considera como aquel proceso que busca la optimización de aquellas oportunidades que aporten un beneficio al bienestar físico, mental y social, y se refleja en ampliar la esperanza de vida saludable, productividad y la calidad de vida en la vejez(Caprara et al., 2013; Dogra et al., 2022).

La salud y enfermedad se ven afectadas por un estilo de vida, la cual se ve implicado la forma en la que lleva su vida diaria, acciones tales como en la forma de alimentarse, trabajar, como se relacionan con las demás personas, el cómo sobrellevan su estrés, su realización personal, su estado de ánimo, etc. Si bien los hábitos inadecuados de alimentación, falta de ejercicio físico y por supuesto que el evitar las revisiones médicas atribuyen a mayores complicaciones de salud por lo que los adultos mayores que no pueden percibir una autoeficacia, pudiendo demostrar una autoestima baja, agregando sentimientos negativos sobre sus propias capacidades, lo cual genera que haya cambios en los dominios de su vida, sin embargo, este aún posee la habilidad y la posibilidad de mejorar su autoeficacia y autopercepción (Silva-Smith & Benton, 2021; Velaithan et al., 2024).

La autopercepción de las personas mayores previamente comentada, no es el único motivo por el cual pueden limitar prosperar en otros aspectos de su vida para mejorarla, si no que de igual forma pueden existir incentivos que están fuera de su control como eventos afectivos, biológicos y cognitivos los cuales conforman la resiliencia del ser humano, teniendo una influencia de vital importancia que conlleva a tener que luchar de cierta manera contra pensamientos negativos que afectan el resultado que posteriormente los lleva a circunstancias indeseadas con respecto a su salud (Silva-Smith & Benton, 2021).

Con base a lo anteriormente mencionado, el estado de arte de investigación de enfermería permite observar un acercamiento a las variables de estudio, como lo comentado por Góngora Meza (2022) en el cual evaluó la autoeficacia entorno hacia la actividad física, lo que le permitió analizar la relación de los niveles de actividad y la condición física, además de la independencia funcional y la calidad de vida, encontrándose que la autoeficacia se relaciona con niveles altos de actividad física y calidad de vida, marcándose como un pilar elemental para el envejecimiento activo. (Gongora-Meza & Sanchez-Lopez, 2022)

Así mismo, Mortis Lozoya, Zavala Guirado, Zapata González y Moreno López (2022) determinó la relación entre el uso de tecnologías de la información y la comunicación y la autoeficacia en los adultos mayores, con el objetivo de comprobar los beneficios que estos aportan a los adultos mayores, donde este demostró el obtener apoyo emocional y poder socializar, además de que el uso de teléfonos móviles y cajeros mantienen una eficacia para las funciones cognitivas. (Lozoya et al., 2022)

Seguido a lo encontrado por Fernández Rivera y Calle Samaniego (2022) en su estudio determinaron la relación de los niveles de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, en 70 adultos mayores, los cuales son pertenecientes al Centro Gerontológico Juan Pablo II-Jima del municipio Sísig del Azuay, se demostró que aquellos adultos mayores que acuden a servicios sociales poseen un índice alto de autoeficacia percibida. (Fernández et al., 2022)

De esta manera, se observa que el profesional de enfermería funge un papel importante en la educación en la población mayor, debido a que fomenta la adopción de comportamientos saludables, los cuales son aplicables en la actividad física, alimentación, ocio, salud mental, relaciones sociales, además del control de la medicación y la vacunación.

Por medio de esta investigación se podrá observar beneficios para la sociedad los cuales será el poder identificar las ventajas que contribuye el adquirir una autoeficacia y desarrollar una motivación para la implementación de la optimización de los recursos para poder comenzar a tener un envejecimiento activo de calidad.

En relación con las conductas preventivas en salud, se busca demostrar que aquellos individuos con una alta autoeficacia percibida tienen más posibilidad de comenzar a realizar cuidados preventivos, los cuales genera un impacto en la búsqueda de tratamientos tempranos, lo cual reduciría la demanda de los servicios de salud.

Con respecto a lo anteriormente descrito, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuánto explica la autoeficacia para envejecer sobre el envejecimiento activo en adultos mayores de Quintana Roo?

Objetivo general

Determinar la varianza explicativa de la autoeficacia para envejecer con la vida sobre el envejecimiento activo en adultos mayores de Chetumal, Quintana Roo.

Metodología

Diseño, muestra y muestreo

Diseño de tipo correlacional-explicativo y transversal, derivado a que permite analizar la influencia de una variable sobre la otra en un mo-

mento del tiempo (Grove & Gray, 2019). La muestra se realizó con el programa G Power® versión 3.1.9.7, considerando un tamaño de efecto alto de 0.90, probabilidad de error de 0.05, poder de efecto ($1-\beta$) de 0.90 y un predictor, calculándose un tamaño de muestra de 130 adultos mayores. Esta muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia, ya que debió contar con criterios específicos para poder participar en el estudio.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son los siguientes: ser una persona adulta mayor, es decir, tener 60 años o más; residir en el estado de Quintana Roo, y contar con la capacidad de leer y escribir.

Se excluyeron a aquellas personas que presenten problemas auditivos, de lenguaje o cognitivos con diagnóstico médico, así como a quienes hayan experimentado la pérdida o fallecimiento de un familiar en el último año.

Así mismo, fueron eliminados del estudio los adultos mayores que se nieguen a responder las preguntas de los instrumentos, así como aquellos que tengan un diagnóstico de discapacidad física que altere significativamente su estado de salud.

Instrumentos

Ficha de datos personales

Se realizó una cédula de datos personales en donde se recopilaron datos característicos de los adultos mayores tales como la edad, el sexo, percepción económica mensual, estado civil, grado de estudios máximo, número de hijos vivos, padecimiento de alguna enfermedad, número de años con enfermedad, jubilación, pensión, a que se dedica o dedicaba laboralmente y si cumple con la función de cuidador.

Escala de autoeficacia para envejecer

La Escala de Autoeficacia para Envejecer evalúa el grado de control percibido por la persona mayor sobre los componentes, el contenido y las consecuencias del proceso de envejecimiento. Está compuesta por 10 afirmaciones ante las que se responde mediante una escala Likert (1 = Nada, 4 = Mucho). La consistencia interna de la EAE en este estudio ha sido $\alpha = 0.88$ (Caycho-Rodriguez et al., 2018).

Escala de envejecimiento activo

Se utilizó una escala de envejecimiento activo compuesta por 23 ítems, interpretables a través de cuatro factores (apoyo afectivo y bienestar personal y emocional; control de la salud y autonomía personal; seguridad económica; actitud prosocial). La evaluación se realizó con una escala tipo Likert que va desde 1 (muy frecuente) hasta 5 (totalmente de acuerdo), donde una puntuación más alta indica un mayor envejecimiento activo. La escala tiene un alfa de Cronbach general de 0.91 (Martín et al., 2021).

Consideraciones éticas

La propuesta de investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo (UAEQROO) y se cumplió con las normativas de la Ley General de Salud en materia de investigación y la Ley de Protección de Datos Personales. Se explicó claramente a los participantes el objetivo del estudio, obteniendo su consentimiento informado, garantizando confidencialidad y anonimato. La investigación se consideró sin riesgo y se aplicaron medidas legales y de seguridad para proteger los datos personales, sin reportar afectaciones a la salud mental de los participantes.

Plan de análisis estadísticos

El análisis de datos se realizó utilizando el programa SPSS versión 22.0. Se empleó estadística descriptiva, incluyendo medias, desviación estándar, intervalos de confianza, porcentajes y frecuencias. La normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para analizar la correlación entre variables se utilizó la prueba de Pearson, mientras que la diferencia de medias en muestras independientes se determinó mediante la prueba T de Student. Finalmente, se aplicó un modelo de regresión lineal simple para estimar el porcentaje de variabilidad explicada.

Resultados

Participaron en el estudio 130 adultos mayores, teniendo una media de edad de 69.31 años ($DE=8.707$), con un promedio 88 minutos ($DE=1.883$) para realizar ejercicio. En la tabla 1 se observó que la mayoría es mujer, tiene un grado de estudios de primaria, es soltero, se considera con un nivel económico medio, si realiza actividad física, y no realiza ejercicio, aunado a que la mayoría vive con un familiar y padece al menos una enfermedad crónica.

Tabla 1. Caracterización de la muestra

<i>Variable</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>
Sexo		
Hombre	58	44.6
Mujer	72	55.4
Grado de estudios		
Sin estudio	29	22.3
Primaria	43	33.1
Secundaria	25	19.2
Preparatoria	12	9.2
Técnico	6	4.6
Licenciatura	12	9.2
Especialidad	1	.8
Maestría	2	1.5
Estado civil		
Soltero	75	57.7
Casado	7	5.4
Viudo	44	33.8
Divorciado	2	1.5
Unión libre	2	1.5
Nivel económico percibido		
Bajo	59	45.4
Medio	70	53.8
Alto	1	.8
Realización de actividad física		
Si	74	56.9
No	56	43.1
Realización de ejercicio		
Si	28	21.5
No	102	78.5
Vive con algún familiar		
Si	119	91.5
No	11	8.5
Padece de enfermedad crónica		
Si	86	66.2
No	44	33.8

Nota: *fr*=frecuencia, *%*=porcentaje. Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se halló diferencia significativa de la autoeficacia para envejecer, del envejecimiento activo y de sus subescalas apoyo afectivo,

control de su salud, seguridad económica, siendo mayor estos en el grupo de mujeres.

Tabla 2. Diferencia de medias de las variables de los adultos mayores por sexo

Variable	Hombre		Mujer		t	p
	M	DE	M	DE		
Edad	70.05	9.015	68.71	8.466	118.670	.387
Horas de ejercicio	1.00	2.0009	.79	1.784	.618	.538
Número de familiares con quien vive	2.64	2.426	2.25	1.432	1.076	2.85
Autoeficacia para envejecer	22.97	5.740	24.15	5.312	-2.410	.017
Envejecimiento activo	68.43	13.864	73.85	11.760	-2.367	.020
Apoyo afectivo	24.59	5.538	26.71	5.517	-2.176	0.032
Control de su salud	24.02	5.346	25.79	3.741	-2.141	0.35
Seguridad económica	5.84	1.998	6.58	1.676	-2.249	.027
Actitud prosocial	16.38	13.864	17.29	11.760	-1.392	.167

Nota: M=media, DE= desviación estándar, t= t de student, p=nivel de significancia. Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se encontró diferencia significativa entre el número de enfermedades crónicas, reportando media más alta en los adultos mayores que no realizan actividad física; así mismo, la autoeficacia para envejecer, el envejecimiento activo y todas sus subescalas, reportaron medias más altas en las personas adultas mayores que realizan actividad física.

Tabla 3. Diferencia de medias de los adultos mayores que realiza y no realizan actividad física

Variable	Si realiza actividad física		No realiza actividad física		t	p
	M	DE	M	DE		
Edad	70.05	9.084	68.32	8.158	1.142	.256
Número de familiares con quien vive	2.20	1.395	2.71	2.470	-1.391	.168
Número de enfermedades crónicas	.72	.609	1.14	.1313	-2.255	0.027
Autoeficacia para envejecer	25.07	5.607	21.71	4.812	3.586	.000
Envejecimiento activo	75.24	10.711	66.39	14.042	3.930	0.000
Apoyo afectivo	27.31	4.857	23.71	5.908	3.706	0.000
Control de su salud	26.59	3.752	22.89	4.785	4.782	0.000
Seguridad económica	6.64	1.575	5.75	2.082	2.657	0.009
Actitud prosocial	17.59	3.600	15.95	3.670	2.557	0.012

Nota: M=media, DE= desviación estándar, t= t de student, p=nivel de significancia. Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se presenta la relación del número de enfermedades crónicas padecidas con el número de familiares que viven con el adulto mayor ($p<0.001$), es decir, a mayor número de enfermedades mayor presencia de familiares en la vivienda. También se encontró relación del envejecimiento activo con las horas de realización de ejercicio ($p<0.05$) y la autoeficacia para envejecer ($p<0.001$), es decir, a mayor puntuación del envejecimiento activo se presenta mayores horas de ejercicio y mayor autoeficacia para envejecer.

Tabla 4. Correlación de las variables de estudio

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1.Edad	1	1.88*	.039	.125	-.185*	.041
2. Horas de ejercicio		1	-.148	-.056	.260**	.272**
3.Número de familiares con quien vive			1	.247**	-.019	-.007
4.Número de enfermedades crónicas				1	-.230**	-.118
5.Autoeficacia para envejecer					1	.503**
6. Envejecimiento activo						1

Nota: * = $p<0.05$, ** = $p<0.001$. Fuente: elaboración propia.

Los resultados obtenidos del análisis de regresión por intro (ver tabla 5), muestra que al incorporarse la variable autoeficacia para envejecer tiene un poder de explicación alto con relación a la variable de envejecimiento activo, así como un mayor nivel de potencia estadística post hoc del 0.80, permitiendo afirmar que la autoeficacia para envejecer explica en un 25.3% la variabilidad del envejecimiento activo en los adultos mayores, con efecto significativo.

Tabla 5. Modelo de regresión simple de la satisfacción con la vida sobre el envejecimiento activo

<i>Modelo</i>	<i>F</i>	<i>R2</i>	<i>ΔR2</i>	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>β</i>	<i>p</i>	<i>1- β</i>	<i>f2</i>
Satisfacción con la vida	43.433	.253	.248	43.466	4.356	.503	.000	.95	.33

Nota: F= Anova, $\Delta R2=R2$ ajustada, B=beta no estandarizada, β =beta estandarizada, p=nivel de significancia, $1- \beta$ =potencia estadística, $f2$ =tamaño del efecto.

Así mismo los indicadores de colinealidad VIF (Variance Inflation Factor) fueron superiores a 10 y los valores de tolerancia mayores a 0.20, lo que indica que existen correlaciones elevadas entre los factores del modelo y por último el indicador de Durbin Watson no se ubicó cerca de las dos unidades (1.219), lo que permite confirmar que dichos resultados no pueden ser generalizados.

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran una media de edad de 69.31 años y un promedio de 88 minutos dedicados a la actividad física, revelan un perfil sociodemográfico predominante de mujeres, con bajo nivel educativo (primaria), solteras, con nivel económico medio, físicamente activas, pero sin ejercicio sistemático, viviendo con familiares y con enfermedades crónicas. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por García et al. (2024), quienes encontraron que la mayoría de los adultos mayores en entornos urbanos de México presenta condiciones similares, especialmente en cuanto al bajo nivel educativo y la prevalencia de enfermedades crónicas. Asimismo, el estudio de Mosqueda (2022) destaca que, aunque muchos adultos mayores reportan estar activos físicamente, dicha actividad suele ser de baja intensidad o no estructurada como ejercicio formal. Esto puede explicar por qué, a pesar del tiempo dedicado a moverse, no se considera que realicen “ejercicio” en términos técnicos. Por tanto, el promover programas que estructuren y supervisen el ejercicio físico, adaptado a sus condiciones de salud y contexto social, puede apoyar a mejorar su calidad de vida (-García-Chanes et al., 2024; Mosqueda Fernández, 2021).

De igual manera, la autoeficacia para envejecer y el envejecimiento activo fueron mayores en grupo de mujeres. Este hallazgo coincide con lo reportado por Espinosa y Muñoz (2008), quienes encontraron que las mujeres adultas mayores tienden a mostrar mayores niveles de percepción positiva del envejecimiento y mayor autoeficacia, atribuido en parte a sus redes de apoyo emocional y a su mayor disposición a participar en actividades comunitarias. Asimismo, el estudio de Acuña y González Pérez-Zepeda y Gutiérrez-Robledo (2010) destaca que, aunque las mujeres enfrentan más retos en salud física, suelen compensarlos con fortalezas en aspectos psicosociales como el apoyo social y el manejo del entorno, lo cual puede influir positivamente en su autoeficacia y envejecimiento activo, siendo entonces el género un factor relevante en el proceso de envejecimiento y debe considerarse en el diseño de intervenciones que fomenten el envejecimiento activo, particularmente fortaleciendo los factores psicosociales en hombres (Acuña Gurrola & González Celis Rangel, 2011; Muñoz Cobos & Espinosa Almendro, 2008).

Por otro lado, se halló que el envejecimiento activo se relaciona significativamente con las horas de ejercicio ($p<0.05$) y la autoeficacia para envejecer ($p<0.001$), hallazgos similares a los de McAuley et

al. (2011), quienes demostraron que los adultos mayores físicamente activos y con mayor autoconfianza muestran niveles más altos de envejecimiento activo, al experimentar mayor bienestar físico, emocional y social. Estos resultados sugieren que el fomento de la actividad física y el fortalecimiento de la autoeficacia pueden ser claves en programas dirigidos al envejecimiento saludable, y que el entorno familiar continúa siendo un pilar de importancia cuando la salud del adulto mayor se ve comprometida (Buenaño Barrionuevo, 2019; McAuley et al., 2011).

Para concluir, se evidencia que la autoeficacia para envejecer tiene un alto poder explicativo sobre el envejecimiento activo del 25.3%, lo que indica que una cuarta parte de la variabilidad del envejecimiento activo puede atribuirse directamente a la autoeficacia para envejecer en los adultos mayores. Este hallazgo coincide con lo reportado por Nadai et al. (2022), quienes sostienen que la autoeficacia es un predictor clave del envejecimiento activo, al influir en la motivación, la adherencia a hábitos saludables y la capacidad de adaptación frente a los retos del envejecimiento. Así mismo, el estudio de Gongora y Sánchez (2018) refuerza esta relación al encontrar que los adultos mayores con mayor autoeficacia percibida tienden a involucrarse más en actividades físicas, sociales y cognitivas, lo que se traduce en mayores niveles de envejecimiento activo. Por tanto, estos resultados subrayan la importancia de diseñar intervenciones psicoeducativas centradas en fortalecer la autoeficacia como medio para promover un envejecimiento más saludable, autónomo y participativo, (De Nadai et al., 2018; Gongora & Sánchez, 2022).

Con base en los hallazgos obtenidos, se recomienda en futuras investigaciones profundizar el papel mediador o moderador de la autoeficacia para envejecer en la relación con otras dimensiones del envejecimiento activo, incorporando diseños longitudinales que permitan evaluar cambios a lo largo del tiempo. De igual manera, se sugiere desarrollar e implementar intervenciones psicoeducativas orientadas a fortalecer la autoeficacia en adultos mayores, evaluando su impacto sobre la calidad de vida, participación social y auto percepción del envejecimiento, con enfoque diferenciado según género, nivel educativo y condiciones de salud.

Conclusión

Los resultados del estudio confirman que la autoeficacia para envejecer tiene un efecto significativo sobre el envejecimiento activo en los

adultos mayores. Esto resalta la importancia de abordar a esta población desde una perspectiva conductual integral, orientada a prevenir la pérdida de funcionalidad. Así mismo, se subraya la necesidad de diseñar intervenciones adaptadas a sus características físicas, cognitivas y sociales, con el fin de promover un envejecimiento más saludable y con menos complicaciones.

Referencias

- Acuña Gurrola, M. del R., & González Celis Rangel, A. L. (2011). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 59–66. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.2.26792>
- Buenaño Barrionuevo, Ll. A. (2019). Condiciones Biológicas y Sociales relacionadas con enfermedades crónicas en los Adultos Mayores del Centro de Apoyo IESS, Cuenca 2015. *Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga*, 11(3), 189–193. <https://doi.org/10.14410/2019.11.3.ao.30>
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., Rojas, M., & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013(1), 1–14. <https://doi.org/10.1155/2013/817813>
- Caycho-Rodriguez, T., Ventura-León, J., Azabache-Alvarado, K., Barboza-Palomino, M., Fergusson Cárdenas, I., & Rojas-Jara, C. (2018). Evidencias psicométricas iniciales de la escala de autoeficacia para envejecer (EAAE) en adultos mayores peruanos. *Psychologia*, 12(2), 47–60. <https://doi.org/10.21500/19002386.3421>
- De Nadai, M. B. A., Pinheiro, L. D. S., & Melo, D. M. de. (2018). Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: Uma revisão da literatura. *Revista Kairós : Gerontologia*, 21(3), 403–422. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p403-422>
- Dogra, S., Dunstan, D. W., Sugiyama, T., Stathi, A., Gardiner, P. A., & Owen, N. (2022). Active Aging and Public Health: Evidence, Implications, and Opportunities. *Annual Review of Public Health*, 43(1), 439–459. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-091107>
- Fernández, P., Calle, B., & Cordero, M. (2022). Relación entre los niveles de autoeficacia y niveles de dependencia en las actividades básicas en adultos mayores del Centro Gerontológico Juan Pablo II - Jima

- del municipio Sigsig, periodo 2020-2021. [Tesis de Licenciatura , UCUENCA]. <https://core.ac.uk/download/528363348.pdf>
- García-Chanes, R. E., Rojas-Huerta, A. V., & Tolentino-Arellano, H. (2024). Características y condiciones de salud en las personas mayores que laboran en México. Un análisis comparativo entre cohortes y sexo. *Gaceta Médica de México*, 160(3). <https://doi.org/10.24875/GMM.24000160>
- Gongora, L., & Sánchez, J. (2022). Influencia de la autoeficacia hacia la actividad física sobre el envejecimiento activo. *ConCiencia* , 7(1), 90–115.
- Gongora-Meza, L. F., & Sanchez-Lopez, J. (2022). Influencia de la autoeficacia hacia la actividad física sobre el envejecimiento activo. *Revista Iberoamericana ConCiencia*, 7(1), 90–115. <https://doi.org/10.32654/ConCienciaEPG/Eds.especial-5>
- Grove, S., & Gray, J. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (Elsevier, Ed.; Octava edi).
- Hladek, M. D., Gill, J., Bandeen-Roche, K., Walston, J., Allen, J., Hinkle, J. L., Lorig, K., & Szanton, S. L. (2020). High coping self-efficacy associated with lower odds of pre-frailty/frailty in older adults with chronic disease. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1956–1962. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1639136>
- Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-Related Quality of Life in Older Adults: Its Association with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Health-Promoting Behavior. *Healthcare*, 8(4), 407. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040407>
- Lozoya, S. V. M., Guirado, M. A. Z., Zapata Gonzalez, A., & Lopez, A. B. M. (2022). Use of Technologies and Self-Efficacy in Older Adults. *IEEE Revista Iberoamericana de Tecnologías del Aprendizaje*, 17(2), 125–130. <https://doi.org/10.1109/RITA.2022.3166870>
- Martín, J., Alemán, P., & Castellano, R. (2021). Escala de envejecimiento activo. *Pedagogía social*, 4(37), 1–10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7767580>
- McAuley, E., Szabo, A., Gothe, N., & Olson, E. A. (2011). Self-Efficacy: Implications for Physical Activity, Function, and Functional Limitations in Older Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(4), 361–369. <https://doi.org/10.1177/1559827610392704>

- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 115–124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Mosqueda Fernández, A. (2021). Importancia de la realización de actividad física en la tercera edad. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 22(1). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2943>
- Muñoz Cobos, F., & Espinosa Almendro, J. M. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria*, 40(6), 305–309. <https://doi.org/10.1157/13123684>
- Silva-Smith, A. L., & Benton, M. J. (2021). Self-Perception of Aging Among Older Adults and Participation in Prevention. *Western Journal of Nursing Research*, 43(11), 1010–1016. <https://doi.org/10.1177/0193945921989017>
- Tang, N. (2021). Cognitive abilities, self-efficacy, and financial behavior. *Journal of Economic Psychology*, 87(2), 102447. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2021.102447>
- Velaithan, V., Tân, M.-M., Yu, T.-F., Liem, A., Teh, P.-L., & Su, T. T. (2024). The Association of Self-Perception of Aging and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 64(4). <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>

Capítulo 2. Indicadores de riesgo de obesidad en padres de niños en edad escolar y su bienestar y autoeficacia en Saltillo

ABOSEDE OLATUNDE NUPO
JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR
ROSA ISABEL GARZA SÁNCHEZ

Introducción

La obesidad es una acumulación exorbitante de tejido adiposo que daña el bienestar de un individuo que padece esa afección (Syed et al., 2020). Se sabe que es causada por una ingesta excesiva de calorías en las dietas y un consumo inadecuado de energía proveniente de la actividad física, lo que puede conducir a un balance energético positivo (Chaput, 2014). Varios factores, como las predisposiciones genéticas, el comportamiento y el medio ambiente, afectan el riesgo de desarrollar obesidad (Albuquerque et al., 2017).

La obesidad es el principal problema de salud pública en México y ha ido en aumento durante los últimos 30 años. Su evolución ha sido ilustrada por cuatro encuestas de salud y nutrición representativas a nivel nacional (2000, 2006, 2012, 2018). Durante este periodo, la obesidad adulta aumentó un 42,2%, tras ajustar por el cambio poblacional (Simón y Juan 2020).

La prevalencia de obesidad en adultos en las regiones más pobres de México es similar a la de las zonas de ingresos altos. Estas regiones han tenido el mayor aumento relativo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT) durante las últimas décadas y siguen luchando contra la desnutrición y el saneamiento deficiente (Simón y Juan 2020). Las principales causas de mortalidad están asociadas a la obesidad, incluyendo enfermedades cardiovasculares (20,1%), diabetes tipo 2 (15,2%), tumores malignos (10,8%) y enfermedades hepáticas (7,6%) (GHO OMS 2020). El exceso de peso también se ha asociado con una serie de deficiencias en los dominios psicosociales, sintomáticos y relacionados con el trabajo. Las investigaciones han sugerido que la diabetes, la asociación entre el aumento del IMC y un mayor dolor,

así como los trastornos relacionados con las articulaciones, como la osteoartritis. La obesidad también se ha asociado con tasas más altas de fatiga y trastornos del sueño (de Hollander et al., 2013).

La autoeficacia parental que se define como las creencias de los padres de que pueden influir y ayudar a sus hijos a desarrollar comportamientos prosociales y evitar los dañinos, ha aumentado considerablemente en los estudios de las últimas décadas (Bandura, 2002). La teoría cognitivo social afirma que una mayor motivación y perseverancia ante las dificultades se asocian con la autoeficacia parental (Glatz et al., 2024). De acuerdo con Bandura (2002) y Coleman y Karraker (1997), los padres que se sienten eficaces suelen ser más capaces de lidiar con los comportamientos difíciles de los niños, lo que beneficia la adaptación de los niños. En el ámbito psicosocial, se ha informado de que las personas obesas tienen un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades psiquiátricas, sobre todo depresión, mientras que las personas con sobrepeso y obesidad poseen una menor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en comparación con las que tienen un peso saludable (de Hollander et al., 2013).

La investigación ha encontrado consistentemente una asociación entre la obesidad y las deficiencias en las medidas de productividad laboral, con un aumento del IMC relacionado con un mayor ausentismo, presentismo y bajo bienestar y productividad (de Hollander et al., 2013). Es esencial comprender las facetas sociales de la eficacia y el bienestar de los padres, ya que el bienestar de los padres afecta no sólo a los padres, sino también al desarrollo de los hijos, la fertilidad y el bienestar general de una comunidad. Por lo tanto, es importante determinar el riesgo de obesidad y el bienestar con la eficacia de los padres para prevenir el problema de la obesidad entre los niños en edad escolar, ya que los padres son los principales interesados.

Metodología

Diseño del estudio

Se adoptó un diseño de investigación transversal en este estudio. Se incluyó a doscientos un padre con hijos en escuelas primarias de Saltillo.

Criterios de elegibilidad

Los padres debían tener al menos un hijo en la escuela primaria de Saltillo y estar dispuestos a responder todas las preguntas.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron cuestionarios autoadministrados de Google para obtener información de 201 padres dispuestos y capaces de niños en escuelas primarias de Saltillo, Coahuila, México. Se utilizó información sobre características socioeconómicas, conductas de detección de obesidad, factores de riesgo de obesidad, índice de diversidad dietética, conocimiento de los factores causales de la obesidad, escala de bienestar y autoeficacia. La información sobre el peso en kilogramos y la estatura en metros se utilizó para calcular el índice de masa corporal.

Método de análisis de datos

Los datos recolectados se analizaron con el programa Statistical package for social science versión 21. Los valores se reportaron en frecuencias, porcentajes y se utilizó la correlación de Pearson para determinar las diferencias entre las variables.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características socioeconómicas de los padres. La mayoría de los encuestados eran hombres (91%), el mayor porcentaje estaban casados (69,7%), el 10,9% eran solteros, el 10% estaban divorciados, el 3% estaban separados y el 6% eran viudos. Un mayor número de encuestados (98,5%) vive con su familiar, mientras que solo el 1% vive solo. Más de la mitad (52,7%) de los sujetos tenían formación universitaria, mientras que el 26,9% tenía formación de posgrado. Pocos de los encuestados (30,3%) trabajan en un establecimiento privado, el 4% estaban desempleados, el 33% eran empleados del gobierno y el 4% aún eran estudiantes. Los resultados de la tabla 1 muestran que el 75,6% practica el catolicismo como religión, mientras que el 13,4% son cristianos.

Tabla 1: Características socioeconómicas de los encuestados

<i>Parámetro</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Mujeres	17	8.5
Hombres	184	91
Total	201	100
Estado civil		
Soltero	22	10.9
Casado	140	69.7
Divorciado	20	10
Separado	6	3
Viudo	12	6
Total	200	100
Vida familiar		
Vive solo	2	1
Vive con parientes	198	98.5
Vive con amigos	1	0.5
Nivel educativo		
Primario	1	0.5
Secundario	9	4.5
Escuela secundaria	11	5.5
Técnico	20	10
Universidad	106	52.7
Postgraduado	54	26.9
Ocupación		
Jubilado	3	1.5
Empresa privada	61	30.3
Desempleado	8	4
Funcionario	68	33
Estudiante	8	4
Otros	51	25.4
Religión		
Católico	152	75.6
Cristiano	27	13.4
Ateo	9	4.5
Otros	12	6
Total	200	100

En las tablas 2a y 2b se indican los factores de riesgo de obesidad entre los encuestados. La mayoría (50,2%) de los participantes tenía antecedentes familiares de obesidad, el 7% el padre tenía obesidad, el 17,4% indicó que su madre tenía obesidad, el 9% indicó que su abuelo tenía obesidad y el 60,2% tenía un familiar con obesidad. Algunos porcentajes (41%) de los encuestados no eran físicamente activos, un mayor

porcentaje (93%) de los encuestados consumía alimentos procesados, el 58,7% se saltaba comidas entre las cuales el desayuno era un número alto. También muestra que el 47,8% por ciento consumía alimentos salados, mientras que el 39,8% consumía alimentos con alto contenido de azúcar.

Tabla 2a: Factores de riesgo de obesidad de los encuestados

<i>Parámetro</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Antecedentes familiares		
Sí	101	50.2
No	98	48.8
Lazos familiares		
Padre	27	13.4
Madre	35	17.4
Abuelos	15	9
Pariente	120	60.2
Dolencias pasadas/actuales		
Sí	51	25
No	149	74
¿Diagnosticado antes de las complicaciones?		
Sí	57	28
No	71	35
Sin respuesta	73	36
Físicamente activo antes del diagnóstico de la enfermedad?		
Sí	45	22
No	83	41
Sin respuesta	72	137
Ingesta de alimentos antes del diagnóstico de la enfermedad		
Muy bien	16	8
Bien	69	34.3
Justo	63	31
Pobre	3	1.5
Falta de apetito	2	1.0
Sin respuesta	48	23.9
Total	201	100

Tabla 2b: Factores de riesgo de obesidad de los encuestados

<i>Parámetro</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Determinación de la elección de alimentos		
Contenido alimenticio natural	29	14.4
Salud	54	26.9
Atractivo espectáculo	9	4.5

<i>Parámetro</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Consuelo	34	16.9
Control de peso	11	5.5
Humores	12	6
Precio	14	7
Ética	1	.5
Familiaridad con la comida	33	16.9
Consumo de alimentos procesados		
Sí	187	93
No	13	6.5
Frecuencia de consumo de alimentos procesados		
Nunca	4	2
Raramente	46	22.9
Semanal	59	29.4
Ocasionalmente	61	30.3
Todos los días		23
Saltarse comidas		
Sí	118	58.7
No	76	37.8
Tipos de comidas salteadas		
Desayuno	79	39.3
Almuerzo	21	10.4
Cena	32	16
Sin respuesta	69	34.3
Alimentos procesados disfrutados		
Alimentos salados	96	47.8
Alimentos con alto contenido de azúcar	80	39.8
Alimentos con alto contenido de grasa	20	10
Sin respuesta	5	2.5
Total	201	100

Tabla 3: Índice de masa corporal

<i>Parámetro</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Peso insuficiente	5	2
Peso normal	75	38
Sobrepeso	64	32
Obesidad grado 1	38	19
Grado de obesidad 2	12	6
Obesidad mórbida	6	3
Total	200	100

La Tabla muestra el Índice de Masa Corporal de los sujetos. El dos (2%) por ciento de los sujetos tenía bajo peso, el 32% tenía sobrepeso, el 19% tenía obesidad grado 1, el 6% tenía obesidad grado 2 y el 3% tenía obesidad mórbida.

Tabla 4: Conocimiento causal de los encuestados con obesidad

Parámetro	Falso%	Verdadero%	No estoy Seguro%
Enfermedad de las élites	167 (83.1)	17 (8.5)	16 (8)
La obesidad puede controlarse	10 (5)	183(91)	6 (3)
Enfermedad contagiosa	151(75.1)	36 (17.9)	13(6.5)
Hereditario	79 (39.3)	97(48.3)	24(11.9)
Aflicción	78(38.8)	67(33.3)	48(23.9)
Enfermedad genética	87(43.3)	78(38.8)	34(16.9)
Tiene cura	28(13.9)	163(81)	7(3.5)
El consumo excesivo de azúcar puede provocar obesidad	30 (14.9)	161 (80.1)	7 (3.5)
El consumo excesivo de alimentos salados puede provocar obesidad	48 (23.9)	135(67.2)	7(3.5)
El consumo excesivo de alimentos grasos puede provocar obesidad	33(16.4)	167(83.6)	

La Tabla 4 muestra que el 83,1% de los encuestados tenía conocimiento de que la obesidad es la enfermedad de las élites es falso, el 91% creía que la obesidad se puede controlar es cierto, el 75,1% afirmó que la obesidad es infecciosa es falso, el 48,3% indicó que la obesidad es hereditaria, el 43,3% indicó falso porque la obesidad es una enfermedad genética mientras que el 81% indicó que es curable.

Tabla 5: Escala de autoeficacia y bienestar

Parámetro	DE± Medias	Asimetría	Curtosis
Autoeficacia	25,67±7,8	-.697±0.22	-.327±0.44
Bienestar	28,67±8,7	-.736±.022	-.306±0,44

La Tabla 5 muestra que la media y la desviación estándar de la escala de autoeficacia y bienestar son de 25,67±7,8 y 28,67±8,7 respectivamente. La asimetría de la autoeficacia fue de -0,697±0,22, mientras que la curtosis fue de -327±0,44. Además, la asimetría del bienestar fue de -.736±0.22, mientras que la curtosis fue de -306±0.44.

Tabla 6: Correlación entre autoeficacia y bienestar

Parámetro	Correlación de Pearson	Bienestar Eficacia IMC
Bienestar	0.998**	0.145
Eficacia IMC	0.998**	0.149

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Existe una relación significativa entre el bienestar y la autoeficacia ($p < 0.05$). Sin embargo, no hay correlación entre el IMC

Discusión

El objetivo del estudio es evaluar los determinantes de los indicadores de riesgo de obesidad entre los padres de niños en edad escolar y su influencia mediada en su bienestar y autoeficacia. El estudio reveló las características socioeconómicas de los padres. México ha estado experimentando problemas como la penuria abyecta, la informalidad generalizada, las bajas tasas de participación femenina, el bajo rendimiento educativo, la exclusión financiera, un sistema legal mediocre y niveles crecientes de vicios sociales que han obstaculizado el potencial económico de México (OCDE, 2017), ya que pocos de los encuestados bajo estudio estaban desempleados. Pocos de los participantes eran solteros, divorciados, separados y viudos, esta observación definitivamente supondrá una carga financiera para los padres y les impedirá cumplir con sus obligaciones hacia sus hijos, ya que las finanzas juegan un papel vital en la mejora del bienestar y el estado nutricional.

Los factores de riesgo de obesidad identificados entre los encuestados fueron los antecedentes familiares de obesidad, la inactividad física, el consumo de alimentos procesados, la omisión de comidas, entre las cuales el desayuno era alto, el consumo de alimentos salados y alimentos con alto contenido de azúcar. A partir de esta observación, se puede deducir que los padres deben ser extremadamente cuidadosos para evitar que sus pupilos desarrollen esta enfermedad, ya que la obesidad es hereditaria. En particular, el riesgo de propagación de la obesidad desde la niñez hasta la edad adulta parece ser mayor cuando un niño tiene un padre obeso que cuando un niño tiene un padre obeso que cuando no tiene padres obesos (Whitaker et al., 1997., Rosenberger et al., 2006). El estilo de vida es uno de los principales componentes del control de la obesidad. Los padres tienen un estilo de vida defectuoso de sedentarismo, consumo de alimentos con alto contenido de sal y azúcar. Esta podría ser la razón por la que algunos de los padres tienen sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida. Saltarse las comidas es un mal hábito y hace que el individuo coma más de la cantidad diaria recomendada para el individuo. Un estudio de investigación ha demostrado que las dietas deficientes (dietas ricas en grasas saturadas, azúcares añadidos o sodio, pero deficientes en frutas, verduras, legumbres o cereales integrales) fueron las culpables del mal estado nutricional entre los adultos y del

22% de todas las muertes registradas en todo el mundo (Aburto et al., 2016; GBD, 2019). Las malas dietas han sido el tercer factor de riesgo más significativo entre los adultos en México, una nación de ingresos medios, detrás del alto índice de masa corporal (11.7%) y de los cuales también están relacionados de alguna manera con los hábitos alimenticios (Gómez-Dantés et al., 2013). Además, México y muchos otros países de ingresos altos y medianos han observado un cambio gradual en la carga de enfermedades no transmisibles (ENT) de las categorías socioeconómicas altas a las pobres (Hosseinpoor et al., 2012; Frances, 2012).

Las visitas regulares a la atención médica y el seguimiento adecuado de la salud promoverán la buena salud y la longevidad. Las conductas de detección de salud de los encuestados revelaron que la mayoría de los encuestados tienen conocimiento de los servicios de atención médica disponibles en el estado. Algunos de los encuestados se encargan personalmente de las emergencias. Un mayor porcentaje tuvo acceso a servicios de salud en los últimos 12 meses, la mayoría se sometió a un chequeo médico de rutina en los últimos 12 meses y la mayoría accedió a tratamiento médico cuando estaba enferma. Es desalentador descubrir que pocos participantes afirmaron no estar al tanto de los servicios de detección de salud disponibles y la accesibilidad, y probablemente se encuentren entre los participantes con mala salud. La puntuación de diversidad dietética del encuestado, que indica la ingesta de micronutrientes y la calidad general de las dietas. El consumo monótono de un grupo de alimentos o nutrientes en particular puede tener efectos nocivos (Arvaniti & Panagiotakos 2008; Wong et al., 2016; Potter et al., 2016). La investigación se ha centrado en el desarrollo de índices o puntuaciones dietéticas que indican la relación entre una variedad de alimentos y nutrientes y los resultados de salud con el fin de evaluar la calidad general de la dieta de manera exhaustiva (Previdelli et al., 2006; Schwingshackl et al., 2015). La diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares han sido predichas por estas variables dietéticas (Harmon et al, 2015).

La mayoría de los encuestados tenía conocimiento de que la obesidad es una enfermedad de las élites es falso, los porcentajes más altos creían que la obesidad se puede controlar es cierto, el número más alto afirmaba que la obesidad es infecciosa es falso, el porcentaje promedio indicaba que la obesidad es hereditaria, pocos indicaban que la obesidad es una enfermedad genética, mientras que el número más alto indicaba que la obesidad es curable. Estas observaciones

mostraron que la mayoría de las personas tienen un buen conocimiento sobre la obesidad. Sin embargo, pocos todavía tienen una percepción equivocada sobre la obesidad. Esta podría ser la razón principal, mientras que algunos de ellos tienen sobrepeso y obesidad, según revela el estudio.

El estudio reveló que pocos de los pacientes tenían sobrepeso y obesidad, según lo revelado por el índice de masa corporal. Esto podría deberse a su estilo de vida defectuoso, alto consumo de grasas y alto consumo de azúcar. Existe una relación significativa entre el bienestar y la autoeficacia ($p < 0,05$). Esto es consistente con investigaciones previas sobre la autoeficacia parental (Fang et al., 2021) y modelos generales de determinantes de la crianza (Belsky, 1984). La menor autoeficacia se correlacionó significativamente con el bienestar degradado de los padres, los rasgos de personalidad ansiosos, los comportamientos difíciles de los niños y los atributos familiares. Mientras que algunas de estas correlaciones son más estáticas o inevitables, otras reflejan elementos cambiantes (es decir, aquellos que están sujetos a cambios o influencias (Fang et al., 2021).

Los resultados de bienestar y eficacia revelaron que hay un nivel moderado de bienestar y eficacia. La asimetría negativa en ambas variables indica una distribución sesgada a la izquierda que muestra que más participantes obtuvieron puntuaciones superiores a la media. En nuestro estudio, se descubrió que existe una fuerte correlación entre la autoeficacia y el bienestar. Esta observación puede sugerir que las intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia también pueden aumentar el bienestar de los individuos, mientras que existe una débil relación positiva entre el IMC y el bienestar ($p > 0,05$).

Conclusión

El estudio reveló que pocos de los participantes tenían obesidad de grado 1 y grado 2. Existe una relación significativa entre el bienestar y la autoeficacia ($p < 0,05$). La autoeficacia y el bienestar tienen un vínculo muy fuerte y sustancial, lo que significa que las personas que confían en sus habilidades generalmente se sienten mejor. Sin embargo, el IMC no se correlacionó significativamente con la eficacia o el bienestar.

Referencias

- Aburto TC, Pedraza LS, Sanchez-Pimienta TG, Batis C, Rivera JA (2016).. Discretionary Foods Have a High Contribution and Fruit, Vegetables, and Legumes Have a Low Contribution to the Total Energy Intake of the Mexican Population. *J Nutr*;146(9):1881s–7s. Epub 2016/08/12. 10.3945/jn.115.219121
- Arvaniti F, Panagiotakos DB (2008). Healthy indexes in public health practice and research: a review. *Critical reviews in food science and nutrition*;48(4):317–27. 10.1080/10408390701326268
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International Review*, 51(2), 269–290. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00092>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18(1), 47–85. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D. A., Raat, H., & van Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2641–2661. <https://doi.org/10.1111/jan.14767>
- Frances R (2012). Association of Socioeconomic Position With Health Behaviors and Mortality. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*;188–9.
- GBD, 2019 Global Burden of Disease Study Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019;393(10184):1958–72. Epub 2019/04/08. 10.1016/S0140-6736(19)30041-8 .
- Glatz, T., Lippold, M., Chung, G. *et al* . (2024). A Systematic Review of Parental Self-efficacy Among Parents of School-Age Children and Adolescents. *Adolescent Res Rev* 9, 75–91. <https://doi.org/10.1007/s40894-023-00216-w>
- Gómez-Dantés H, Fullman N, Lamadrid-Figueroa H, Cahuana-Hurtado L, Darney B, Avila-Burgos L, et al. (2013). Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 2016;388(10058):2386–402.
- Harmon BE, Boushey CJ, Shvetsov YB, Ettienne R, Reedy J, Wilkens LR, (2015). Associations of key diet-quality indexes with mortality

- in the Multiethnic Cohort: the Dietary Patterns Methods Project. *The American journal of clinical nutrition*.;101(3):587–97. Epub 2015/03/04. 10.3945/ajcn.114.090688 .
- Hosseinpour AR, Bergen N, Kunst A, Harper S, Guthold R, Rekve D, (2012). Socioeconomic inequalities in risk factors for non communicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC public health*.;12(1):912.
- Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, (2018). Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *The Lancet*. 2018.
- Nomaguchi K, Milkie MA. Parenthood and Well-Being (2020).: A Decade in Review. *J Marriage Fam*. Feb;82(1):198–223. doi: 10.1111/jomf.12646. Epub Jan 5. PMID: 32606480; PMCID: PMC7326370.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017). *Education at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD. <https://doi.org/10.1787/eag-2017-en>
- Potter J, Brown L, Williams RL, Byles J, Collins CE(2016). Diet Quality and Cancer Outcomes in Adults: A Systematic Review of Epidemiological Studies. *International journal of molecular sciences*. 2016;17(7). Epub 2016/07/12. 10.3390/ijms17071052 .
- Previdelli AN, de Andrade SC, Fisberg RM, Marchioni DM (2016). Using Two Different Approaches to Assess Dietary Patterns: Hypothesis-Driven and Data-Driven Analysis. *Nutrients*. 2016;8(10). Epub 2016/09/27. 10.3390/nu8100593.
- Schwingshackl L, Hoffmann G (2015). Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, the Alternate Healthy Eating Index, the Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*;115(5):780–800.e5. 10.1016/j.jand.2014.12.009
- Stern D, Piernas C, Barquera S, Rivera JA, Popkin BM (2014). Caloric Beverages Were Major Sources of Energy among Children and Adults in Mexico, 1999–2012. *The Journal of Nutrition*. 2014;144(6):949–56. 10.3945/jn.114.190652
- Wang Z, Adair LS, Cai J, Gordon-Larsen P, Siega-Riz AM, Zhang B, (2017).. Diet Quality Is Linked to Insulin Resistance among

- Adults in China. *The Journal of nutrition*.;147(11):2102–8. 10.3945/jn.117.256180
- Willett WC, Stampfer MJ (2012). Current evidence on healthy eating. *Annual review of public health*.;34:77–95. Epub 2013/01/10. 10.1146/annurev-publhealth-031811-124646 .
- Wong JE, Parnell WR, Howe AS, Black KE, Skidmore PM (2013). Development and validation of a food-based diet quality index for New Zealand adolescents. *BMC Public Health*.;13:562 Epub 2013/06/14. 10.1186/1471-2458-13-562.

Capítulo 3. Relación entre estados emocionales y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas mexicanas

MARÍA TERESA RIVERA MORALES

EDGAR AGUIRRE SIFUENTES

SOFÍA BORJÓN JIMÉNEZ

JULIO CU FARFÁN LÓPEZ

Introducción

En la actualidad, los problemas relacionados con la salud mental y los trastornos de la conducta alimentaria representan un desafío creciente para los sistemas de salud pública, especialmente en el caso de las mujeres adultas. El contexto social contemporáneo caracterizado por altos niveles de estrés, exigencias estéticas y ritmos de vida acelerados ha propiciado una mayor prevalencia de trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad y el estrés, los cuales han demostrado estar significativamente asociados con comportamientos alimentarios disfuncionales (World Health Organization [WHO], 2022). Esta situación ha generado una preocupación legítima en el ámbito clínico y educativo, al evidenciar la necesidad de comprender y atender los factores psicoemocionales que subyacen a los problemas alimentarios.

Diversas investigaciones han documentado que los estados emocionales negativos pueden influir en los hábitos alimentarios, promoviendo patrones como el atracón, la restricción excesiva, la purga o el uso de la comida como mecanismo de regulación emocional (Hay & Mitchison, 2015; Silva et al., 2020). Estos comportamientos, cuando son persistentes, no solo afectan la salud física y psicológica de las personas, sino que también incrementan el riesgo de desarrollar trastornos clínicos como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa o el trastorno por atracón (American Psychiatric Association [APA], 2022). Asimismo, la literatura señala que estos fenómenos se presentan con mayor frecuencia en mujeres, lo que hace necesario focalizar los esfuerzos de prevención e intervención en esta población.

En este contexto, el presente capítulo se propone analizar la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés con las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas mexicanas. Este enfoque no solo permite aportar evidencia empírica desde una perspectiva multidisciplinar, sino también contribuir al diseño de estrategias integrales de promoción de la salud emocional y alimentaria. La identificación de perfiles de riesgo específicos puede fortalecer las acciones de intervención temprana y facilitar el desarrollo de políticas públicas sensibles al género y al bienestar psicológico.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en mujeres adultas han sido relacionados consistentemente con dificultades en la regulación emocional y experiencias intensas de vergüenza y autocrítica (Mendia et al., 2025; Nechita et al., 2021). La ansiedad, la depresión y el estrés, considerados factores emocionales de alto impacto, pueden desencadenar o mantener conductas alimentarias disfuncionales como el atracón, la restricción o el ayuno prolongado (Risk and Resilience in Eating Disorders, 2024).

Particularmente, las estrategias desadaptativas de regulación emocional, como la supresión emocional o el afrontamiento evitativo, han sido identificadas como mediadores clave entre el malestar psicológico y los comportamientos alimentarios de riesgo (Eat Behav, 2025). Las mujeres adultas, por las demandas sociales y familiares acumuladas, presentan una mayor vulnerabilidad al uso de la comida como herramienta de compensación afectiva (Mendia et al., 2025).

En el contexto mexicano, diversos factores socioculturales y estructurales —como la precariedad económica, las exigencias derivadas de los roles familiares y laborales, la exposición constante a estándares estéticos idealizados en redes sociales, y el acceso limitado a servicios de salud mental con enfoque de género— configuran un entorno de alta vulnerabilidad para la aparición de conductas alimentarias de riesgo (Cerna et al., 2024; Rivera et al., 2021). Estas condiciones, al interactuar con elevados niveles de malestar emocional, se consolidan como determinantes significativos de los TCA en esta población (Somé & Jáuregui, 2023).

Desde una perspectiva psicológica, los estados emocionales negativos juegan un papel central. La ansiedad, entendida como una activación fisiológica y cognitiva ante situaciones percibidas como amenazantes, se ha relacionado con el uso de la comida como estrategia de regulación emocional, particularmente en mujeres adultas, donde influyen tanto factores hormonales como normas sociales interiorizadas

(Kaye et al., 2004; Treasure et al., 2015; Pineda-García et al., 2021). Por su parte, la depresión suele manifestarse a través de la pérdida de interés en el autocuidado, alteraciones en el apetito y una relación conflictiva con la alimentación (Strober et al., 2007; Martínez-González et al., 2014).

El estrés crónico, derivado de las exigencias laborales, familiares y estéticas, también se ha identificado como un predictor de conductas alimentarias desadaptativas como el ayuno prolongado o los episodios de atracón (Adam & Epel, 2007; Rodríguez & Méndez, 2021). En mujeres adultas mexicanas, estas exigencias se ven exacerbadas por la falta de acceso a atención psicológica oportuna, lo cual incrementa su vulnerabilidad.

La evidencia empírica en contextos universitarios y urbanos mexicanos ha demostrado una asociación significativa entre niveles elevados de ansiedad, estrés y la aparición de conductas alimentarias de riesgo en mujeres, subrayando la necesidad de abordar esta relación desde una perspectiva de género y con atención al contexto cultural (Pineda et al., 2017; Rivera et al., 2021). De manera similar, en una muestra de estudiantes universitarias del sur de Jalisco, se encontró que la insatisfacción corporal media la relación entre ansiedad e influencias socioculturales, y que estos factores se asocian significativamente con la presencia de conductas alimentarias restrictivas y bulímicas (Carpio-Rodríguez & Díaz-Torres, 2022).

En otro estudio realizado durante la pandemia por COVID-19 con 497 participantes de Ciudad de México y Estado de México, se halló que el estrés pandémico y la alimentación emocional predijeron niveles elevados de ansiedad, independientemente del índice de masa corporal (García-Burgos, 2023). Estos hallazgos refuerzan la comprensión del TCA como un fenómeno multifactorial en el que las emociones negativas interactúan con variables socioculturales y perceptivas del cuerpo, particularmente en mujeres adultas.

Desde una perspectiva neurobiológica, se ha documentado que los estados emocionales negativos alteran los circuitos cerebrales implicados en el sistema de recompensa —principalmente el córtex prefrontal y la amígdala— afectando la regulación emocional y el control del apetito (Frank, 2013; Hudson et al., 2007). Esta evidencia apoya la idea de que las conductas alimentarias de riesgo pueden funcionar como mecanismos desadaptativos para afrontar el malestar emocional.

En consecuencia, comprender la relación entre los estados emocionales y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas mexi-

canas resulta fundamental para diseñar intervenciones psicoeducativas, preventivas y culturalmente pertinentes. Identificar perfiles emocionales y alimentarios puede fortalecer la atención clínica e incidir en la formulación de políticas públicas que promuevan el bienestar integral de esta población vulnerable.

Metodología

Diseño de investigación

Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional, con el propósito de analizar la relación entre los estados emocionales (depresión, ansiedad y estrés) y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas mexicanas. El diseño permitió examinar las asociaciones entre variables psicoemocionales y comportamientos alimentarios a partir de datos recolectados en un único momento temporal.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 184 mujeres adultas, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Todas las participantes aceptaron colaborar de forma voluntaria y anónima en un cuestionario digital aplicado en línea.

La muestra se integró por 184 mujeres adultas, reclutadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Todas participaron de forma voluntaria y anónima al responder un cuestionario digital en línea. En la distribución por edad, el grupo más numeroso fue 31–40 años (31.76%), seguido de 19–30 (25.88%) y 41–50 (23.53%); en menor proporción participaron 51–60 (17.65%) y 61–70 años (1.18%). Respecto al estado civil, se identificaron como casadas 54.12%, solteras 27.65%, divorciadas 10.59%, en unión libre 7.06% y viudas 0.59%. En escolaridad, 94.71% contaba con estudios de licenciatura/ingeniería y 5.29% hasta preparatoria.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos validados para la medición de las variables del estudio: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés – DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995); mide la presencia e intensidad de

síntomas depresivos, ansiosos y de estrés a través de 21 ítems divididos en tres subescalas. Las respuestas se califican en una escala Likert de 0 a 3 puntos.

Escala de Actitudes Alimentarias – EAT-26 (Garner et al., 1982); evalúa la presencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Está compuesta por 26 ítems en formato Likert y permite clasificar a los participantes en niveles de riesgo bajo, regular, alto y muy alto. Ambos instrumentos han sido ampliamente utilizados en población mexicana y muestran adecuados niveles de validez y confiabilidad en estudios previos.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de mayo de 2025. El cuestionario fue distribuido mediante plataformas digitales (correo electrónico, redes sociales y formularios en línea). Las participantes otorgaron su consentimiento informado de forma virtual antes de iniciar el llenado del instrumento, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el programa JASP, utilizando estadística descriptiva, pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk) y correlaciones de Pearson para determinar las asociaciones entre los estados emocionales y las conductas alimentarias. También se realizaron tabulaciones cruzadas para identificar perfiles específicos según los niveles de afectación emocional.

Resultados

El análisis de los datos recolectados permitió explorar la relación entre los estados emocionales (depresión, ansiedad y estrés) y las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de mujeres adultas mexicanas. Con base en los instrumentos aplicados y la metodología cuantitativa correlacional utilizada, se presentan los resultados estadísticos que describen las características principales de la muestra, así como las asociaciones significativas entre las variables de estudio. Este apartado ofrece una visión integral de los niveles de afectación emocional reportados,

las tendencias en los patrones alimentarios disfuncionales, y las correlaciones observadas, lo que permite identificar perfiles de riesgo que justifican la necesidad de intervenciones multidisciplinarias en salud emocional y nutricional.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables principales

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Depresión	7.58	5.83	0.0	21.0
Ansiedad	7.26	5.49	0.0	21.0
Estrés	10.73	5.32	0.0	21.0
Conductas alimentarias	36.5	18.5	4.0	92.0

Nota. Estadísticos descriptivos de media, desviación estándar, mínimo y máximo para las variables continuas de depresión, ansiedad, estrés y conductas alimentarias.

Se realizó un análisis descriptivo y correlacional entre los estados emocionales de mujeres (depresión, ansiedad y estrés) y las conductas alimentarias de riesgo. En cuanto a los estadísticos descriptivos (véase Tabla 1), se observó que las puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés oscilaron entre niveles bajos y moderados, mientras que las conductas alimentarias presentaron una media intermedia, sugiriendo la presencia de conductas de riesgo en la muestra.

Previo al análisis de correlaciones, se aplicó Kolmogorov–Smirnov para verificar el supuesto de normalidad, adecuado para muestras grandes. Los resultados indicaron distribuciones aproximadamente normales en Depresión, Ansiedad, Estrés y EAT-26 total ($p > .05$); en consecuencia, se utilizaron correlaciones de Pearson.

Tabla 2. Tabla de correlación de Pearson entre Depresión, Ansiedad, Estrés y Conductas alimentarias en mujeres

			<i>Pearson's r</i>	<i>p</i>
Depresión	-	Conductas alimentarias	0.29 ***	< .001
Ansiedad	-	Conductas alimentarias	0.28 ***	< .001
Estrés	-	Conductas alimentarias	0.29 ***	< .001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Se realizó un análisis de correlación de Pearson para explorar la relación entre los estados emocionales negativos (depresión, ansiedad y estrés) y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres. Los resultados revelaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las tres variables emocionales y las conductas alimentarias.

En específico, la depresión mostró una correlación positiva moderada con las conductas alimentarias ($r = .29$, $p < .001$), indicando que un mayor nivel de sintomatología depresiva se asocia con una mayor presencia de conductas alimentarias disfuncionales. La ansiedad también presentó una correlación positiva significativa con las conductas alimentarias ($r = .28$, $p < .001$), mientras que el estrés mostró un patrón similar ($r = .29$, $p < .001$).

Estos resultados sugieren que, en mujeres, los estados emocionales alterados están significativamente vinculados con comportamientos alimentarios de riesgo, lo cual coincide con hallazgos previos en la literatura que destacan la estrecha relación entre el malestar emocional y los trastornos de la conducta alimentaria.

Además del análisis correlacional, se exploró la relación entre los niveles categóricos de depresión, ansiedad y estrés con los niveles de riesgo en las conductas alimentarias a través de tabulaciones cruzadas (véanse Tablas 3, 4 y 5). Estos análisis permiten identificar perfiles específicos dentro de la muestra femenina.

Tabla 3. Nivel de depresión y conductas alimentarias de riesgo

<i>Nivel de depresión</i>	<i>Alto</i>	<i>Bajo</i>	<i>Muy bajo</i>	<i>Regular</i>	<i>Total</i>
Depresion extremadamente severa	1	16	5	10	32
Depresion leve	0	9	5	4	18
Depresion severa	0	13	5	6	24
No presenta	1	30	35	8	74
Depresion moderada	1	23	8	4	36
Total	3	91	58	32	184

En la Tabla 3 se observa que, entre las participantes con depresión extremadamente severa ($n = 32$), el 50% se ubicó en los niveles de riesgo bajo o regular en cuanto a conductas alimentarias, y un 15.6% en el nivel alto. En contraste, entre quienes no presentan depresión ($n = 74$), la mayoría se concentró en los niveles muy bajo y bajo de riesgo alimentario.

Tabla 4. Nivel de ansiedad y conductas alimentarias de riesgo

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Alto</i>	<i>Bajo</i>	<i>Muy bajo</i>	<i>Regular</i>	<i>Total</i>
Ansiedad extremadamente severa	2	28	13	15	58
Ansiedad leve	0	10	4	5	19
Ansiedad moderada	1	13	12	4	30
Ansiedad severa	0	15	2	3	20
No presenta	0	25	27	5	57
Total	3	91	58	32	184

La Tabla 4 muestra que, entre las mujeres con ansiedad extremadamente severa ($n = 29$), cerca del 55% se ubica también en los niveles bajo o regular de riesgo alimentario, y un pequeño porcentaje (3.4%) en nivel alto. Mientras tanto, las participantes sin ansiedad se agruparon predominantemente en los niveles de riesgo muy bajo (44.4%) y bajo (42.9%).

Tabla 5. Nivel de estrés y conductas alimentarias de riesgo

Nivel de estrés	Alto	Bajo	Muy bajo	Regular	Total
Estrés extremadamente severo	1	16	4	8	29
Estrés leve	0	10	9	0	19
Estrés moderado	1	14	9	9	33
Estrés severo	1	24	8	7	40
No presenta	0	27	28	8	63
Total	3	91	58	32	184

La Tabla 5, correspondiente a los niveles de estrés, revela un patrón semejante. Las mujeres con estrés severo o moderado mostraron una mayor presencia de conductas alimentarias clasificadas en niveles bajo o regular, lo que sugiere una relación consistente entre mayor afectación emocional y mayor presencia de conductas alimentarias disfuncionales.

Estos hallazgos complementan los resultados de los análisis de correlación, mostrando no solo la dirección de las relaciones, sino también la forma en que los niveles de malestar emocional se distribuyen en diferentes grados de riesgo alimentario. Este enfoque permite identificar perfiles clínicos que podrían beneficiarse de intervenciones preventivas en salud mental y nutricional, especialmente en mujeres adultas.

Discusión

Los hallazgos de este estudio muestran correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre los estados emocionales negativos —depresión, ansiedad y estrés— y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas mexicanas. Estas correlaciones, aunque de magnitud moderada, son clínicamente relevantes y coinciden con estudios previos que han documentado esta asociación en poblaciones similares (Pineda-García et al., 2021; Rivera et al., 2021). La presencia de estas asociaciones sugiere que los estados emocionales alterados no solo coexisten con los comportamientos alimentarios disfuncionales, sino que pueden estar implicados en su origen o mantenimiento.

En el contexto mexicano, recientes investigaciones han reforzado esta relación. Por ejemplo, García-Burgos (2023) evidenció que el estrés y la alimentación emocional durante la pandemia fueron predictores significativos de ansiedad, especialmente en mujeres. Este hallazgo se alinea con los resultados del presente estudio, en el que el estrés mostró una correlación positiva significativa con las conductas alimentarias de riesgo. La vulnerabilidad emocional, exacerbada por factores socioculturales y económicos, parece ser un componente esencial en la configuración de comportamientos alimentarios disfuncionales.

Asimismo, en un estudio llevado a cabo en el sur de Jalisco, Carpio-Rodríguez y Díaz-Torres (2022) identificaron que la ansiedad, la insatisfacción corporal y las influencias socioculturales eran predictores significativos de conductas alimentarias restrictivas y bulímicas. En este sentido, los datos de nuestro estudio corroboran la centralidad del componente emocional, y añaden que, incluso en mujeres con niveles moderados de depresión y ansiedad, ya se observan patrones alimentarios potencialmente desadaptativos.

Estos resultados también encuentran respaldo en modelos teóricos que explican las conductas alimentarias como estrategias de regulación emocional. Según Kaye et al. (2009), la alteración en los circuitos neurobiológicos implicados en la recompensa y el control emocional puede favorecer el uso de la comida como un recurso para mitigar el malestar psicológico. Desde este marco, las correlaciones encontradas en nuestro estudio sugieren que las mujeres adultas mexicanas pueden estar utilizando la alimentación no como un medio nutricional, sino como una forma de afrontamiento ante el sufrimiento emocional.

Además, las tabulaciones cruzadas permitieron identificar que los niveles más altos de afectación emocional se concentran mayormente en los niveles bajos y regulares de riesgo alimentario, más que en los extremos. Esto podría interpretarse como una alerta para la detección temprana: muchas mujeres podrían estar en una fase incipiente de riesgo, sin manifestar aún trastornos clínicos, pero ya mostrando signos de alerta conductual.

La evidencia empírica y teórica coincide en señalar que abordar esta problemática requiere un enfoque interdisciplinario e intersectorial. Las mujeres adultas, debido a las múltiples exigencias sociales, familiares y laborales, constituyen una población particularmente vulnerable que demanda intervenciones preventivas sensibles al género. En este sentido, implementar programas que integren el cuidado emocional, la

psicoeducación en salud alimentaria y el acceso a redes de apoyo resulta urgente (Cerna et al., 2024; Mendia et al., 2025).

Finalmente, los resultados de esta investigación refuerzan la necesidad de políticas públicas orientadas a la promoción del bienestar psicológico y alimentario de las mujeres, tomando en cuenta no solo los factores individuales, sino también las condiciones estructurales y culturales que contribuyen a la génesis de estas problemáticas.

Referencias

- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S2–S9. <https://doi.org/10.1002/eat.20176>
- Carpio-Rodríguez, V., & Díaz-Torres, M. (2022). Variables que explican las conductas alimentarias en universitarios del sur de Jalisco. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(2), 68–85. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcbs/psic/rep/2022v25n2/Carpio>
- Cerna, E., Parra, C., & Monsalves, D. (2024). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes universitarias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 28(1), 22–34. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2024.68542>
- Eat Behav. (2025). Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 46, 101315. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.101315>
- Espinoza, R., Martínez, D., & Campos, L. (2023). Depresión y hábitos alimentarios en mujeres urbanas. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 15(1), 34–48. [DOI pendiente o no disponible en línea]

- Frank, G. K. (2013). Altered brain reward circuits in eating disorders: Chicken or egg? *Current Psychiatry Reports*, 15, 396. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0396-x>
- García-Burgos, A. (2023). Trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad y alimentación emocional durante el confinamiento por COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 4854–4870. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8949
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 573–584. <https://doi.org/10.1038/nrn2682>
- Martínez-González, M. A., Hershey, M. S., Zazpe, I., & Trichopoulou, A. (2017). Transferability of the Mediterranean diet to non-Mediterranean countries: What is and what is not the Mediterranean diet. *Nutrients*, 9(11), 1226. <https://doi.org/10.3390/nu9111226>
- Mendia, J., Pascual, A., Conejero, S., Mayordomo, S., & Amutio, A. (2025). Emotion regulation difficulties, body and appearance-related self-conscious emotions and eating disorders in a sample of adult women. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 15(1), 77–89. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2025.1.852>
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363–377. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
- Pineda, G., Gómez, G., Platas, S., & Velasco, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.10.001>
- Pineda-García, G., Cárdenas-Villarreal, V., Martínez-Medina, J., & Méndez-Sánchez, J. (2021). Body image dissatisfaction, anxiety,

- and bulimic behavior in a Mexican sample. *Healthcare*, 9(11), 1435. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111435>
- Rivera, A., Camacho, W., Reynoso, M., Lazo, S., Mamani, V., & Espinoza, R. (2021). Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 28(4), 1–10. [DOI no disponible; artículo en repositorio institucional]
- Rodríguez, M., & Méndez, E. (2021). Carga emocional y expectativas sociales en mujeres adultas. *Revista Mexicana de Psicología Clínica*, 15(2), 65–80. [DOI no disponible]
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2015). Body image, disordered eating, and eating disorders: Connections and complexities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(8), 708–713. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000213>
- Somé, M., & Jáuregui, I. (2023). Análisis de variables emocionales y neuropsicológicas en pacientes con TCA. *Journal of Negative & No Positive Results*, 8(1), 486–506. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4910>
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (2007). The long-term course of severe anorexia nervosa: A 20-year follow-up study of secondary care outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 401–408. <https://doi.org/10.1002/eat.20352>
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Treasure, J., Cardi, V., & Kan, C. (2015). A transdiagnostic theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 79–88. <https://doi.org/10.1002/erv.2341>
- World Health Organization. (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040186>
- Risk and resilience in eating disorders: Differentiating pathways of psychosocial risk and resilience. (2024). *Journal of Eating Disorders*, 12(23). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01023-x>

Capítulo 4. Características antropométricas y estado de sarcopenia de adultos mayores en Saltillo, México

NUPO SUNDAY, SEDODO
ORTIZ-CRUZ, GABRIELA
MARTÍNEZ DE LA FUENTE, VIRIDIANA
CORTES-HERNÁNDEZ, JOSÉ LAURO

Introducción

La sarcopenia es una afección musculoesquelética que se caracteriza por una pérdida progresiva de fuerza y masa muscular, especialmente en adultos mayores (Medina Fernández et al., 2020, Ardeljan & Hurezeanu, 2023). La fuerza muscular, la cantidad o calidad muscular y el rendimiento físico son las tres características que se reducen en las personas con sarcopenia. Además de tener valor pronóstico para los resultados postoperatorios adversos y mayores tasas de complicaciones, mortalidad y morbilidad después de procedimientos quirúrgicos mayores, dicho deterioro muscular puede dificultar la realización de las tareas diarias (Cruz-Jentoft *et al.*, 2019). Además, existe una clara correlación entre la sarcopenia y un mayor riesgo de fracturas y caídas (Yeung *et al.*, 2019). Además, la prevalencia típica de sarcopenia en personas mayores (60 a 70 años) es del 5 al 13% y aumenta del 11 al 50% en las personas mayores de 80 años, según Von Haehling *et al.* (2010). Dependiendo del sistema de clasificación utilizado, la prevalencia de sarcopenia en personas mayores de 60 años oscila entre el 10 y el 27% (Keller, 2019; Smith *et al.*, 2020; Petermann-Rocha, 2022). Las personas mayores de 90 años corren el riesgo de perder su independencia debido a la reducción de la masa muscular o de la función, ambos indicadores de sarcopenia (Dos Santos *et al.*, 2017). Para diferenciarla mejor de las afecciones relacionadas o coexistentes que se presentan con desgaste muscular, a la sarcopenia se le ha asignado recientemente un código 10 de la Clasificación Internacional de Condiciones (CIE) y es una afección que se investiga cada vez más (Ardeljan y Hurezeanu 2023). Según las predicciones de Wearing et

al. (2020), se espera que el número de personas mayores con sarcopenia aumente significativamente en los próximos 30 años. Se espera que este aumento tenga varios efectos en la salud pública, incluido un aumento en la prevalencia de discapacidades físicas, caídas relacionadas con lesiones, depresión, hospitalizaciones, etc. (Ethgen *et al.*, 2017). Mala nutrición (Cruz-Jentoft, 2019), inactividad física, enfermedades crónicas y degenerativas (Boirie, 2009; Von Haehling *et al.* 2010), los tratamientos farmacológicos (Von Haehling *et al.* 2010) y los eventos de la vida temprana (Cruz-Jentoft *et al.*, 2017) están relacionados con el proceso de envejecimiento y la aparición de sarcopenia.

Aunque se ha demostrado que la sarcopenia tiene efectos negativos evidentes, la mayoría de los expertos médicos no parecen ser conscientes de ello y no suelen diagnosticarla (Cruz-Jentoft *et al.*, 2017). Para detectar la sarcopenia, los proveedores de atención médica necesitan un instrumento básico, rápido y fácil de usar. La sarcopenia afecta y es importante para la comunidad, la detección temprana de la enfermedad es importante y beneficiosa para los individuos, los profesionales de la salud y el país en su conjunto (Visvanathan y Chapman, 2010). El estudio sobre la sarcopenia en adultos mayores es fundamental y la mayoría de los estudios realizados son en adultos sanos. Además, los pacientes en hospitales privados a menudo son desatendidos, por lo que nuestro objetivo es evaluar la sarcopenia y los índices antropométricos en pacientes hospitalizados.

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo en 104 adultos mayores (≥ 60 años), 41 hombres y 63 mujeres, en el Hospital Universitario de Saltillo “Dr. Gonzalo Valdés Valdés”. Los participantes del estudio fueron todos pacientes ancianos que visitaron la institución entre mayo de 2023 y junio de 2025. Se obtuvo su consentimiento verbal y escrito para participar en el estudio. Se excluyeron los participantes que no querían participar en la prueba y los que se sometieron a cirugía, se les midió con la fuerza de presión de su mano y se les pidió que completaran un cuestionario de sarcopenia.

La sarcopenia

Para medir la variable sarcopenia se utilizó el Cuestionario Simple para Diagnosticar Rápidamente la Sarcopenia (escala SARC-F), de-

sarrollado por Theodore y Malmström (2013). La fuerza, la asistencia para caminar, la capacidad para levantarse de una silla, la capacidad para subir escaleras y las caídas son los cinco ítems que componen las medidas validadas, que tuvieron un alfa de Cronbach de 0.64 en la población adulta mayor de la Ciudad de México. La puntuación va de 0 a 10, donde más de 4 puntos significan la existencia de sarcopenia y menos de 4 puntos denotan resultados normales (Parra-Rodríguez et al., 2016, , Bazán et al., 2022).

Determinación de la fuerza muscular

Un dinamómetro digital de mano (Camry EH10; Sensun Weighing Apparatus Group Ltd., Guangdong, China) para evaluar la fuerza de agarre de la mano según los métodos sugeridos por Roberts et al. (Huang *et al.*, 2022). La evaluación se realizó sentado con el codo flexionado 90 grados. Se tomaron dos medidas de los brazos izquierdo y derecho. Para cada mano, se realizaron dos mediciones alternativamente y se utilizó el valor más alto entre las cuatro mediciones. Los resultados se expresaron en kilos (kg).

Tabla 1. Índices de fuerza de agarre para hombres y mujeres (en kg).

Parámetro	Débil	Normal	Fuerte
Hombre (Edad)			
60-64	< 30.2	30.2-48.0	> 48.0
65-69	< 28.2	28.2-44.0	> 44.0
70-99	< 21.3	21.3-35.1	> 35.1
Mujeres (Edad)			
60-64	17,2	17.2-31.0	> 31.0
65-69	< 15.4	15.4-27.2	> 27.2
70-99	< 14.7	14.7-24.5	> 24.5

Fuente: Manual de instrucciones del banco de potencia electrónico portátil Camry (2020)

Indicadores antropométricos (variable independiente)

Los indicadores antropométricos evaluados en el presente estudio fueron: peso, talla, circunferencia de la pantorrilla (CC) y circunferencia del brazo medio superior (MUAC). El peso se determinó con una báscula digital portátil con el sujeto descalzo y con la mínima cantidad de

s posible (Huang *et al.*, 2022). Como se recomendó, la altura se midió con la persona descalza, de pie con los pies juntos y con los talones, glúteos y cabeza en contacto con la pared, manteniendo la mirada fija en un eje horizontal paralelo al suelo. El IMC se definió como kg/talla² (Huang *et al.*, 2022). El MUAC se midió en el punto medio entre el acromion y el olécranon en el brazo del sujeto que descansaba contra su cuerpo de manera relajada (Zhang *et al.*, 2014). El área de la pantorrilla (CC) se midió en el punto del perímetro más grande de la pierna derecha o izquierda, con el sujeto sentado o acostado en decúbito dorsal sin contraer los músculos de la pantorrilla (Bendetti *et al.*, 2004).

Plan de análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, 25). Se realizó una descripción de todos los datos en forma de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Se utilizó la correlación de Pearson para determinar el nivel significativo según el valor de p (probabilidad) $p > 0,05$ es insignificante, $p < 0,05$ es significativo y $p < 0,01$ es altamente significativo). Se utilizó la prueba T para evaluar la diferencia estadística entre las variables.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud sobre Investigación para la Salud, específicamente el segundo título relativo a los aspectos éticos de la investigación con seres humanos. Además, cumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para realizar investigaciones en salud con participantes humanos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

Resultados

En la Tabla 2 se muestran las características demográficas de los sujetos. Alrededor del 34,6% tenían entre 60 y 64 años, el 29,8% entre 65 y 69 años, el 18,3% tenían entre 70 y 74 años, mientras que otros tenían 75 años o más. Según la proporción de género, el 60,6% eran mujeres, mientras que el resto eran hombres. En la Tabla 2 se muestra el índice de masa corporal de los sujetos. Los resultados indicaron que,

entre los hombres, el 4,9% de los sujetos tenían bajo peso, el 34,1% tenían peso normal, el 22,0% tenían sobrepeso, el 29,3% tenían obesidad grado I, el 4,9% obesidad grado II y el 4,9% obesidad grado III. En la categoría femenina, el 24,4% tenía peso normal, el 36,8% sobrepeso, el 21,4% obesidad grado I, el 6,5% obesidad grado II y el 10,8% obesidad grado III.

Tabla 2. Características demográficas e índice de masa corporal específico por sexo de los sujetos

Parámetro	Participantes	Porcentajes
Edad (años)		
60-64	36.0	34.6
65-69	31.0	29.8
70 y 74	19.0	18.3
75 años o más	18.0	17.3
Sexo		
Masculino	41.0	39.4
Hembra	63.0	60.6
IMC (hombre)		
Bajo peso	4.9	4.9
Peso normal	34.1	34.1
Sobrepeso	22.0	22.0
Obesidad grado I	29.3	29.3
Obesidad grado II	4.9	4.9
Obesidad grado III	4.9	4.9
IMC (mujer)		
Peso normal	25.4	24.4
Sobrepeso	38.3	36.8
Obesidad grado I	22.3	21.4
Obesidad grado II	6.8	6.5
Obesidad grado III	11.2	10.8

Nota n= 104

La Tabla 3 muestra las clasificaciones de fuerza de agarre para hombres y mujeres. Se observó que el 6% de los hombres entre 60 y 64 años tenían una fuerza de agarre débil en la mano, el 11% entre 65 y 69 años tenía una fuerza de agarre débil y el 9% entre 70 y 99 años tenía una fuerza de agarre débil, mientras que el 12% de las mujeres entre 60 y 64 años tenía una fuerza de agarre débil. El 5% entre 65 y 69 años tenía una fuerza de agarre débil para la mano, y el 6% entre 70 y 99 años tenía una fuerza de agarre débil.

Tabla 3. Índices de fuerza de agarre para hombres y mujeres (en kg)

Parámetro débil		Normal Fuerte	
Hombre (Edad)			
60-64	06	02	01
65-69	11	05	01
70-99	09	05	01
Mujer (Edad)			
60-64	12	13	02
65-69	05	05	04
70-99	06	15	01

Las consecuencias de la sarcopenia entre los sujetos se presentan en la Tabla 4: La tabla muestra que el 31,7% de los hombres y el 31,0% de las mujeres tuvieron dificultad para levantar 5 kg de peso. Al caminar, el 24,4% de los hombres y el 22,0% de las mujeres tenían alguna dificultad para cruzar una habitación. A la hora de sentarse, el 29,3% de los hombres y el 40,7% de las mujeres tenían alguna dificultad para sentarse en una silla. En escalada, el 29,3% de los hombres y el 40,6% de las mujeres tuvieron alguna dificultad para subir un tramo de 10 escalones. En cuanto a las caídas en los últimos años entre los hombres, el 14,6% tuvo menos de 3 caídas, el 12,2% tuvo 4 o más caídas en los últimos años, mientras que en la categoría femenina el 37,3% tuvo menos de 3 caídas y el 3,4% tuvo 4 o más caídas en los últimos años.

Tabla 4. Consecuencias de la sarcopenia en los sujetos

Parámetro	Hombres %	Femenino %
Fuerza: Dificultad levantar -5kg		
Ninguno	63.4	64.8
Alguno	31.7	31.0
Mucho	3.4	4.2
Caminar: Dificultad para cruzar una habitación		
Ninguno	73.3	72.9
Alguno	24.1	22.0
Mucho	2.4	5.1
Sentado: Dificultad para levantarse de una silla o cama		
Ninguno	65.9	52.5
Alguno	29.3	40.7
Mucho	4.9	6.8

Escalada: Dificultad para subir un tramo de 10 escalones.			
Ninguno	61.0	49.2	
Alguno	29.3	40.6	
Mucho	9.8	10.2	
Caídas: ¿Número de caídas en el último año?			
Ninguno	73.2	59.3	
Menos de 3 caídas	14.6	37.3	
4 o más caídas	12.2	3.4	
Movilidad			
Atado a la cama o silla	2.4	10.2	
Capaz de levantarse de la cama /silla, pero no sale		14.6	16.9
Venta	75.6	72.9	
Total	100	100	

La clasificación de la fuerza muscular y la media y desviación estándar de los índices antropométricos del sujeto y la puntuación predictiva de la sarcopenia se presentan en la Tabla 5. Los resultados de la fuerza muscular en la muestra mostraron que el 7% de los hombres eran fuertes, el 29% de los hombres tenían fuerza normal y el 64% eran débiles. Entre las mujeres, el 12 por ciento eran fuertes, el 49 por ciento tenían una fuerza muscular normal y el 39 por ciento tenían una fuerza muscular débil. La tabla muestra la media y la desviación estándar de los índices antropométricos del sujeto. El peso promedio de los hombres fue de 77,45±19,08, la talla (2,79±7,24), el IMC (27,56±7,49), la circunferencia de la pantorrilla (34,70±5,08) y el MUAC (34,70±5,08), mientras que para las mujeres los pesos antropométricos fueron: peso 74,71±22,33, talla (1,56±0,07), IMC (30,57±0,906), circunferencia de la pantorrilla (33,52±5,42) y MUAC (30,33±4,58). La puntuación predictiva para sarcopenia fue baja (2,1±0,2).

Tabla 5. Clasificación de la fuerza muscular y de la media y desviación estándar de los índices antropométricos del sujeto y de la puntuación predictiva de la sarcopenia.

Parámetro	Masculino	%	Hembra	%
Fuerte	03	07	07	12
Normal	12	29	29	49
Débil	26	64	23	39
Total	41	100	59	100
Parámetro	Promedio masculino ±		Mujeres ± de los medios de comunicación	
Edad	68.78±6.43		67.69±6.20	

Peso	77.45±19.08	74.71 ± 22.33
Altura	2,79±7,24	1.56±.07
IMC	27.56±7.49	30.57 ± 9.06
CALF_C	34.70±5.08	33.52± 5.42
MUAC	29.08±5.67	30.33±4.58
Punción predictiva de la sarcopenia	2.1±5.67	

Las correlaciones entre la sarcopenia y los indicadores antropométricos se presentan en la Tabla 6, Existe una relación significativa entre la sarcopenia y el peso, la talla, la circunferencia de la pantorrilla, la edad y la talla, la talla y la MUAC ($p < 0.05$).

Tabla 6. Correlaciones entre la sarcopenia y los indicadores antropométricos

Parámetro	Sarcopenia	Edad	Peso	Altura	CC	MUAC
Sarcopenia		0.90	0.050	0.037	0.047	0.91
Edad	0.90		-0.021	0.172	-1.47	-0.86
Peso	0.050	-0.021		-0.07	0.34	0.54
Altura	0.037	0.038	-0.07		0.082	0.042
CC	0.047	-1.47	0.335	0.082		0.578
MUAC	0.091	-0.86	0.528	0.043	0.57	

En la Tabla 7 se muestra la prueba t para las variables.

Existe una relación significativa entre la sarcopenia y la edad ($p < 0,05$).

Tabla 7. Correlaciones entre la sarcopenia y los indicadores antropométricos

Parámetro	Estadístico t Valor p	
Edad	0.84	0.402
Peso	0.66	0.512
Altura	1.08	0.286
Pantorrilla C	1.09	0.280
Sarcopenia	2.55	0.012
Muac	-1.16	0.249
Fuerza en el levantamiento de 5 kg	0.21	0.833

Andante	-0.27	0.789
Silla	-0.14	0.892
Escalera	-0.77	0.443
Caidas	-0.38	0.704
Disminución de la ingesta de alimentos	-0.38	0.707
Pérdida de peso	0.89	0.374
Movilidad	1.40	0.165
Estrés psicológico	0.65	0.516
Problemas neuropsicológicos	-0.12	0.907

Discusión

Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la correlación entre la sarcopenia y los índices antropométricos en la población adulta mayor de una muestra de pacientes hospitalizados en Saltillo, Coahuila, México. La sarcopenia es un término que se refiere a la pérdida de masa muscular, función y fuerza asociada con la edad. La sarcopenia ocurre principalmente entre los adultos mayores debido a los cambios metabólicos que ocurren en su sistema corporal. En nuestra muestra, pocos de los adultos estudiados tenían entre 70 y 99 años, lo que se considera vejez. La edad es un factor crítico que favorece el desarrollo de sarcopenia ya que la prevalencia de síntomas es mayor en las personas mayores (Barbosa Silva, 2016; Hashemi *et al.*, 2016; Beeri *et al.*, 2021). La proporción de mujeres es mayor que la de hombres. Esto es consistente con otros investigadores, quienes afirmaron que el género parece ser un factor determinante para las diferencias en la prevalencia de sarcopenia observadas en adultos mayores: menor masa muscular y menor uso muscular durante el proceso de envejecimiento son explicaciones probables (da Silva *et al.*, 2014; Spira *et al.*, 2016, Mijnaerends *et al.*, 2016). La sarcopenia es un importante problema de salud entre la población anciana debido a sus consecuencias asociadas, como caídas, fragilidad, discapacidad, morbilidad y mortalidad (Papadopoulou, 2020). La sarcopenia es un indicador de disminución del rendimiento físico y de la masa y fuerza del músculo esquelético (Von Haeling *et al.*, 2010).

En este estudio, el factor predictivo de sarcopenia fue bajo (2.1), que es menor que los reportes de otros investigadores en México (Medina Fernández *et al.*, 2020, Carrillo-Vega *et al.*, 2022., Medina-Fernández *et al.*, 2024. ,Meng *et al.*, 2024) quienes reportaron puntos más

altos. Las diferencias en los puntos de sarcopenia reportados podrían deberse al grupo de estudio. En nuestra investigación, se utilizó el SARC-F para identificar a las personas mayores con sarcopenia. Investigaciones anteriores de otros autores han demostrado que es probable que los elementos de SARC-F estén relacionados con el deterioro y la baja función muscular (Beeri *et al.*, 2020). La fuerza de agarre manual (HGS), que es especialmente importante para la población que envejece, es una métrica básica para evaluar la función muscular y las capacidades físicas en general. Las calificaciones de fuerza de agarre con la mano para hombres y mujeres observadas en este estudio mostraron que la mayoría del grupo de estudio tenía calificaciones de fuerza de agarre débiles. Se ha encontrado que las personas mayores tienen una baja fuerza de agarre en los patrones de los criterios diagnósticos para la sarcopenia (Bijlsma *et al.*, 2013).

La masa muscular débil parece ser un problema importante que afecta a las personas mayores en este estudio. Se observó que la mayoría de los participantes en este estudio tenían una masa muscular débil determinada por la prueba de agarre manual. Esto podría deberse a que a medida que las personas envejecen, su composición corporal disminuye en masa muscular y aumenta en grasa corporal. También con el envejecimiento, la masa muscular disminuye en aproximadamente un tercio en las personas mayores de 50 años y en un 15% adicional en las personas entre 70 y 80 años de edad (Grimby y Saltin 1993). Se cree que la sarcopenia afecta a entre el 5% y el 13% de las personas mayores, entre 60 y 70 años en promedio, y entre el 11% y el 50% de las personas de 80 años o más. Se encontró que algunos de los sujetos tenían dificultades con la fuerza para levantar cargas, el 40,7% tenía alguna dificultad para subir un tramo de 10 escaleras y el 10,7% tenía mucha dificultad para subir un tramo de 10 escalones. Esto podría deberse a la disminución de la función muscular y las capacidades físicas generales observadas en el estudio a través de la fuerza de agarre. A partir de estos hallazgos, se encontró que los participantes aún experimentan caídas en diferentes niveles. Estas frecuencias de caídas observadas entre las personas mayores podrían atribuirse a su índice de masa corporal y masa muscular, aunque puede haber otros factores como el estilo de vida, factores psicológicos y ambientales que podrían ser responsables de esta ocurrencia de caídas. Esto es consistente con estudios similares que han demostrado que las personas mayores con obesidad tienen un mayor riesgo de caídas y mortalidad (Gómez-Cabello *et al.*, 2018).

El resultado del índice de masa corporal en las categorías masculino y femenino reveló que pocos de los sujetos masculinos tenían bajo peso. Esta observación podría deberse a la enfermedad de los sujetos y también confirma los hallazgos de otros investigadores que afirmaban que existe desnutrición entre los pacientes hospitalizados, aunque ninguna de las mujeres tenía bajo peso. Este informe difiere del de otros investigadores que informaron que no había bajo peso entre los pacientes de su estudio (Gómez-Cabello *et al.*, 2018). El sobrepeso y la obesidad entre los sujetos son problemas primarios que deben abordarse. A partir del estudio, se encontró que el sobrepeso y la obesidad siguen siendo altos entre las personas mayores en el estado. Esta observación es similar al estudio realizado entre las personas mayores del país (Gómez-Cabello *et al.*, 2018). Otros autores observaron que el 25% de las personas mayores de 50 años tienen sobrepeso y obesidad en México, las mujeres tienen un IMC más alto y son más propensas que los hombres a ser obesas (Gómez-Cabello *et al.*, 2018), como se pudo observar en este estudio. Cabe destacar que el tamaño de la muestra utilizada no puede ser generalmente representativo de la población, pero los resultados obtenidos para los ancianos son muy útiles y relevantes considerando el nivel socioeconómico de los ancianos que asisten al hospital universitario en comparación con otras instituciones de salud del estado. Las características antropométricas de los pacientes tienden a desempeñar un papel importante en la evaluación de la sarcopenia en este estudio. El sobrepeso y la obesidad tienen un impacto crítico en la sarcopenia en las personas mayores. El estudio también observó que el peso promedio de los hombres fue de 77.45 ± 19.08 , la talla (2.79 ± 7.24), el IMC (27.56 ± 7.49), la circunferencia de la pantorrilla (34.70 ± 5.08) y el MUAC (34.70 ± 5.08), mientras que para las mujeres, los pesos antropométricos fueron: peso 74.71 ± 22.33 , talla (1.56 ± 0.07), IMC (30.57 ± 0.906), circunferencia de la pantorrilla (33.52 ± 5.42) y MUAC (30.33 ± 4.58). Los hombres son más pesados que las mujeres y tienen mayor estatura, sin embargo, en los demás parámetros antropométricos, las mujeres tienen valores más altos. El estudio reveló una correlación significativa entre las características antropométricas y la sarcopenia ($p < 0.05$). Esta observación es pertinente para que los pacientes y los profesionales de la salud brinden una atención adecuada a los parámetros corporales de los pacientes y puedan manejar y controlar adecuadamente el desarrollo de cualquier enfermedad entre los ancianos. La fortaleza de esta investigación es

que el estudio sobre la sarcopenia se realizó y determinó entre pacientes que financian sus gastos de salud y que no son de fácil acceso.

Conclusión

El estudio mostró que la puntuación predictiva de sarcopenia entre los participantes del estudio fue baja. El estudio mostró una fuerte correlación entre la sarcopenia y algunos índices antropométricos ($p < 0.05$). Los índices antropométricos contribuyeron significativamente a la correlación. Los médicos en el ámbito hospitalario deben prestar más atención a los índices antropométricos del paciente. Es necesario educar a las poblaciones de edad avanzada sobre la necesidad de garantizar una buena fuerza muscular para un estilo de vida saludable.

Referencias

- Ardeljan AD, Hurezeanu R. Sarcopenia (2023). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560813/>
- Barbosa-Silva, T. G. and others (2016). *Prevalence of sarcopenia in community elders in a city Medium-sized South American American: results of the study Como Vai?*. J. Caquexia Sarcopenia Muscle 7, 136–143. <https://doi.org/10.1002/jcsm>. Article 12049.
- Bazán M, Peñafiel A, Falvy I, Runzer F (2022). Validez de la escala SARC-F para predicción de dinapenia en adultos mayores, Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. *Gac Med Bilbao*;119(1):20-6.
- Beerl MS, Leugrants SE, Delbono O, Bennett DA, Buchman AS. (2021). *Sarcopenia is associated with incident Alzheimer's dementia, mild cognitive impairment and cognitive impairment*. J Am Geriatr Soc. 20 Jul; 69(7):1826–1835. doi: 10.1111/jgs.17206. Epub 5 de mayo de 2021.
- Benedetti TRB, Mazo GZ y Barros MVG. (2004). *Application of the International Activity Questionnaire Physical Activity to Assess the Physical Activity Level of 15 Older Women: Concurrent Validity and test-retest reproducibility*. R. Brás. Ci. and Mov. Brasília.
- Bijlsma, A. et al. (2013). *Definition of sarcopenia: the impact of different diagnostic criteria on prevalence of sarcopenia in a large middle-aged cohort. 35 years*, 871–881

- Boirie, Y. (2009). *Pathophysiological mechanism of sarcopenia*. J Nutr Health Aging, 13(8), 717–723.
- Carrillo-Vega MF, Pérez-Zepeda MU, Salinas-Escudero G, García-Peña C, Reyes-Ramírez ED, Espinel-Bermúdez MC, et al (2022). Patterns of Muscle-Related Risk Factors for Sarcopenia in Older Mexican Women. Int J Environ Res Public Health;19(16):10239. 24.
- Cruz-Jentoft AJ, & Sayer AA. (2019). *Sarcopenia*. The Lancet. 393((10191)), 2636–2646.
- Cruz-Jentoft AJ, Kiesswetter E, Drey M, & Sieber CC. (2017). *Nutrition, frailty and sarcopenia*. Aged Clin Exp Res. 29(1), 43–48.
- Da Silva, A. T. et al. (2014). *Prevalence and Factors Associated with Sarcopenia Among the Elderly in Brazil: Study findings*. KNOW. J. Nutr. Health Aging 18, 284–290
- Dos Santos L, Cyrino ES, Antunes M, Santos DA, Sardinha LB (2017). Sarcopenia and physical independence in older adults: the independent and synergic role of muscle mass and muscle function. J Cachexia Sarcopenia Muscle. Apr;8(2):245-250
- Ethgen O, Beaudart C, Buckinx F, Bruyère O y Reginster JY. (2017). *The future prevalence of sarcopenia in Europe: a demand for public health action*. Calcif Tissue Int. 100(3), 229–234.
- Gómez-Cabello A, Vila-Maldonado S, Pedrero-Chamizo. R, Villa-Vicente JG, Gusi N, Espino L, González-Gross M, Casajús JA, Ara I. (2018). *Organized physical activity in the elderly, one Tool to improve physical condition in old age:* Rev Esp Salud Pública.2018; 92:27 March e201803013.
- Grimby, G.; Saltin, B. The aging muscle. Clin. Physiol. 1993, 3, 209–218.
- Hashemi, R. et al. (2016). *Sarcopenia and its associated factors in Iranian older people: results of the SADIR study*. Arq. Gerontol. Geriatr. 66 and 18–22.
- Huang, L. et al (2022). *Reliability and Validity of Two-Handed Dynamometers When Used by adults over 50 years of age who live in the community*. BMC Geriatr. 22, 1–8
- Keller, K. (2019). Sarcopenia. Wien med wochenschr, 169(7-8), 157–172.
- Medina Fernández I.A, Esparza González S.C, Torres Obregón R. Medina Fernández J.A, Leura S, Cortes Montelongo D (2020). Influencia de la sarcopenia sobre la funcionalidad en

- el adulto mayor de Saltillo, Coahuila. La Biblioteca. PG 71-79.
<http://doi.org/10.59760/873318.09>
- Medina-Fernández IA, Esparza-González SC, Yaing-Torres Soto N, Carrillo-Cervantes AL, Trujillo-Hernández PE, Medina-Fernández JA (2024). Sarcopenia, functional capacity, and physical components of quality of life in older adults Mexicans: An explanatory model. *J Res Dev Nurs Midw*;21(4):36-40
- Meng S, He X, Fu X, Zhang X, Tong M, Li W, et al (2024). The prevalence of sarcopenia and risk factors in the older adult in China: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*;12:1415398
- Mijnarends, D. M. *et al.* (2016) *Physical Activity and Incidence of Sarcopenia: AGES Study Based on population: Reykjavik. Ageing of age.* 45, 614-620.
- Papadopoulou S.K. (2020). *A Contemporary Health Problem Among Adult Populations higher nutrients.* 12, 1293-1293.
- Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*;17(12):1142-6.
- Smith L, Tully M, Jacob L, Blackburn N, Adlakha D, & Caserotti P, et al. (2020). *The association between the sedentary behavior and sarcopenia among adults aged ≥ 65 years in income countries low and medium.* *Int J Environ Res Public Health*, 5, 1708-1708.
- Spira, D. *et al.* (2016). *Prevalence and definition of sarcopenia in older people living in the community.* *Z. Gerontol. Geriatrician.* 49, 94-99.
- Theodore K. Malmstrom y John E. Morley. (2013). *SARC-F: A simple questionnaire to diagnose quickly sarcopenia.* *Journal of the American Association of Medical Directors*, 14(8).
- Visvanathan, R, & Chapman, I. (2010). *Prevention of sarcopaenia in older people.* *Maturity.* 66(10), 383-388.
- Von Haehling S, Morley J.E., & Anker S.D. (2010). *An Overview of Sarcopenia: Facts and Figures on prevalence and clinical impact.* *J. Cachexia Sarcopenia Muscular.* 1, 129-133.
- Wearing J, Konings P, de Bie RA, Stokes M, de Bruin ED(2020).. *Prevalence of probable sarcopenia in community-dwelling older Swiss people - a cross-sectional study.* *BMC Geriatr.* Aug 26;20(1):307. doi: 10.1186/s12877-020-01718-1.

- Yeung SSY, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CGM, Maier AB (2019). Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. Jun;10(3):485-500
- Zhang L, Shen Y, and Zhou J, et al. (2014). *Relationship between waist circumference and elevation carotid intima-media thickness in newly diagnosed diabetic patients. Biomed Environ Sci.*, 27(5), 335–342.

Capítulo 5. Aislamiento social, soledad, soporte social y la aceptación tecnológica en personas mayores

CAROLINA BENAVIDES GUERRERO
EVELYN JIMÉNEZ CRUZ
MARLENT KAREN TALAMANTES PITONES
LUIS ANTONIO RENDÓN TORRES

Introducción

A nivel mundial, el proceso de envejecimiento poblacional continúa en ascenso, lo que plantea importantes desafíos en materia de salud pública y exige la preparación de sistemas capaces de responder adecuadamente a los cambios demográficos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Desde una perspectiva global, el envejecimiento constituye actualmente un tema de gran relevancia, pues, según la OMS (2022), representa una etapa progresiva del ciclo vital en la que las personas enfrentan una mayor susceptibilidad ante diversos factores de vulnerabilidad. Entre estos destacan la disminución de la capacidad cognitiva, la fragilidad física y la presencia de problemas de salud mental como el aislamiento social, los sentimientos de soledad y la carencia de apoyo social (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022; Navarrete et al., 2022; OMS, 2022).

Desde el ámbito psicológico y social, el aislamiento se entiende como una condición caracterizada por la reducción significativa del contacto interpersonal, la limitación de actividades cotidianas, laborales o educativas, y la restricción de la movilidad a situaciones estrictamente necesarias (Terán-Espinoza y Cevallos-Cevallos, 2021). En relación con la soledad, esta se define como una experiencia emocional negativa que surge cuando una persona se siente incomprendida, rechazada o carente de recursos sociales suficientes para participar en las actividades que desea. Se ha observado que esta condición se asocia a etapas específicas del envejecimiento (Hernández-Gómez, 2021; Silva et al., 2023) y se manifiesta como una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales (Anuradha y Pushpa, 2020).

Por otra parte, el soporte social constituye un factor fundamental para la salud integral, al implicar la provisión de apoyo material, emocional y comunicativo hacia las personas mayores. Este respaldo puede provenir tanto de fuentes formales —como organizaciones e instituciones—, como de fuentes informales —familiares y amistades— (Roldán-Ramírez, Díaz-Sánchez y Vargas, 2023). Estos aspectos suelen verse afectados por las transiciones propias de la vejez, tales como la jubilación, el cambio de residencia hacia instituciones de cuidado o la pérdida de seres queridos, lo cual debilita las redes de apoyo. De acuerdo con datos del INEGI (2022), el 51 % de las personas mayores se dedica a labores domésticas, el 31 % está pensionada o jubilada y el 2 % presenta incapacidad permanente para trabajar. Además, se observa que el 58 % de los pensionados son hombres, frente al 17 % de mujeres, tendencia que se acentúa en los varones de 80 años o más (45 %).

En este contexto, resulta indispensable explorar y establecer nuevas estrategias de intervención, especialmente tras la pandemia por COVID-19, que provocó alteraciones significativas en la dinámica sociofamiliar debido a las medidas de confinamiento y distanciamiento social. Dichas circunstancias intensificaron la sensación de soledad y aislamiento en las personas mayores. Una alternativa emergente ha sido la incorporación de las tecnologías digitales como medio de comunicación y socialización. El uso de dispositivos electrónicos —como teléfonos inteligentes, tabletas y redes sociales— ha demostrado ser una herramienta eficaz para promover la inclusión social en este grupo etario (Anuradha y Pushpa, 2020).

No obstante, aunque cerca del 75 % de las personas mayores manifiestan interés en el uso de la tecnología, persisten brechas digitales asociadas a la preferencia por los vínculos presenciales frente a las interacciones virtuales. Esta brecha limita su actualización tecnológica y la adaptación a nuevas formas de interacción social (Bakshi et al., 2021; Kasar, 2021; Quinn, 2021). Pese a ello, diversas investigaciones han evidenciado que el uso de herramientas digitales contribuye a mejorar la salud mental, reducir los síntomas de depresión y mitigar la soledad, al facilitar la comunicación constante y el contacto social (Pearlman-Avni et al., 2020; Kasar, 2021).

En México, el INEGI (2023) reportó que solo el 4.4 % de la población de 55 años o más utiliza computadoras e internet. Estos datos reflejan una limitada integración tecnológica, lo que puede derivar en mayores niveles de aislamiento social, sentimientos de soledad y menor

soporte social, al reducirse las oportunidades de comunicación, socialización y acceso a la información.

Antecedente

No obstante, aunque cerca del 75 % de las personas mayores manifiestan interés en el uso de la tecnología, persisten brechas digitales asociadas a la preferencia por los vínculos presenciales frente a las interacciones virtuales. Esta brecha limita su actualización tecnológica y la adaptación a nuevas formas de interacción social (Bakshi et al., 2021; Kasar, 2021; Quinn, 2021). Pese a ello, diversas investigaciones han evidenciado que el uso de herramientas digitales contribuye a mejorar la salud mental, reducir los síntomas de depresión y mitigar la soledad, al facilitar la comunicación constante y el contacto social (Pearlman-Avni et al., 2020; Kasar, 2021).

En México, el INEGI (2023) reportó que solo el 4.4 % de la población de 55 años o más utiliza computadoras e internet. Estos datos reflejan una limitada integración tecnológica, lo que puede derivar en mayores niveles de aislamiento social, sentimientos de soledad y menor soporte social, al reducirse las oportunidades de comunicación, socialización y acceso a la información.

Objetivo

Evaluar el aislamiento social, soledad, soporte social y la aceptación tecnológica en personas mayores.

Metodología

El diseño fue descriptivo porque se analizaron las variables presentes en la muestra seleccionada de personas mayores. Además, se considera de corte transversal esto significa que los datos se recogieron en un único momento, es decir el mismo día que las personas mayores completaron el cuestionario.

La población de estudio está conformada por 42,735 personas mayores de 60 años en delante de la ciudad de Nuevo Laredo. El tipo de muestreo para la selección de participantes es no probabilístico, por conveniencia, el primer participante se escogió al azar, y posterior-

mente se consideraron las personas mayores dispuestas a contestar los instrumentos utilizados.

El tamaño de muestra se estimó con la fórmula de muestra de población, con un margen de error del 7%, confiabilidad del 95%, considerando la población total de personas mayores. dando un total de 196.

Instrumentos

Se desarrolló una cédula de datos generales para este estudio con los siguientes apartados: preguntas filtro (fecha y lugar), datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, situación laboral, nivel escolar), percepción de salud.

La Escala de Usabilidad del Sistema (EUS) es una herramienta creada originalmente por John Brooke en 1986, permite evaluar una amplia variedad de productos y servicios, incluidos hardware, software, dispositivos móviles, sitios web y aplicaciones. Consta de un cuestionario de 10 ítems con cinco opciones de respuesta para los encuestados; desde Totalmente de acuerdo hasta Totalmente en desacuerdo.

Se utiliza generalmente después de que el encuestado ha tenido la oportunidad de usar un dispositivo móvil o sistema el cual se está evaluando, pero antes se lleva a cabo una sesión informativa sobre la forma en que se registrará su respuesta inmediata a cada elemento.

La puntuación EUS produce un número único que representa una medida compuesta de la usabilidad general del sistema que se estudia, las puntuaciones de elementos individuales no son significativas por sí solas. Interpretar la puntuación puede resultar complejo. Las puntuaciones del participante para cada pregunta se convierten a un nuevo número, se suman y luego se multiplican por 2,5 para convertir las puntuaciones originales de 0-40 a 0-100. Aunque las puntuaciones van del 0 al 100, no son porcentajes y deben considerarse únicamente en términos de su clasificación percentil.

Para calcular la puntuación del EUS, primero se suman las contribuciones de puntuación de cada ítem. La puntuación variará de 0 a 4. Para los elementos 1, 3, 5, 7 y 9, la contribución a la puntuación es la posición de escala menos 1. Para los elementos 2, 4, 6, 8 y 10, la contribución es 5 menos la posición de escala. Multiplica la suma de las puntuaciones por 2,5 para obtener el valor global del EUS. Las puntuaciones del EUS tienen un rango de 0 a 100.

Una puntuación EUS superior a 68 se consideraría superior al promedio y cualquier puntuación inferior a 68 está por debajo del promedio.

El segundo instrumento utilizado fue el de Lubben et al. (2006) llamado Lubben Social Network Scale (LSNS) que evalúa el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores. Esta escala consiste en examinar el tamaño de la red social de un anciano/a así como la cercanía y frecuencia de los contactos que mantiene con diferentes miembros de su red social, a través de una serie reducida de preguntas de sencilla administración que no supera los 10-15 minutos.

El instrumento de LSNS-R proporciona cuatro resultados: el apoyo social percibido que consiste en el apoyo social familiar, no familiar y global. Estas puntuaciones indican una red de apoyo social más amplio, cercano, y con un contacto más estrecho e intenso en el que mientras más elevado sea el valor, más alto será el apoyo social. De igual manera muestra el riesgo de aislamiento el cual su puntuación revela un mayor o menor riesgo de aislamiento. De acuerdo a la escala los tipos de respuestas que se utilizaron fueron categóricas tipo Likert donde, las respuestas empleadas fueron codificadas de la pregunta 1, 3, 4, 7, 9, 10 (0 correspondía a ninguno, 1 uno, 2 dos, 3 tres o cuatro, 4 de cinco a ocho y 5 nueve o más); las preguntas 2 y 8 (0 menos de una vez al mes, 1 mensualmente, 2 algunas veces al mes, 3 semanalmente, 4 varias veces por semana y 5, diariamente) y las preguntas 5, 6, 11, 12 (0 nunca, 1 rara vez, 2 a veces, 3 con frecuencia, 4 con mucha frecuencia y 5 siempre).

Dentro de este instrumento hay tres distintas categorías dentro del apoyo social (Familiar, No familiar y Global). Para calcular el Apoyo Social Familiar se suma de las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6, el cálculo para el Apoyo Social No familiar se suman las preguntas del 7 al 12, al final para el cálculo del Aislamiento Social Global se hace la sumatoria del resultado del apoyo social familiar y el no familiar. Donde se revela que la puntuación para el riesgo de aislamiento (LSNS-R) representa un mayor o menor riesgo de aislamiento a partir de los puntos de corte. Teniendo en cuenta los parámetros de las respuestas obtenidas en donde el aislamiento social global es bajo con una puntuación mayor a 30, moderado con una puntuación de 26 a 30, alto con una puntuación de 21 a 25, y un aislamiento social detectado con una puntuación menor a 20.

Este instrumento anteriormente se ha utilizado en personas mayores de España, México y Latinoamérica (Menéndez, y Pérez-Padilla,

2016). En anteriores investigaciones la estaca de LSNS-R ha tenido una confiabilidad medida por el valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de .78. El coeficiente de correlación entre el LSNS original y el LSNS-R fue de 0,68.

La escala de Soledad de De Jong Gierveld funciona para medir la soledad. La escala tiene sus bases teóricas en el modelo cognitivo de la soledad de De Jong Gierveld, que define la soledad como resultado de la diferencia entre las relaciones sociales que anhela el individuo y las que presenta en la realidad. Este modelo teórico se caracteriza por ser breve y de fácil entendimiento.

La escala contiene 11 ítems, cuyas alternativas de respuestas varían de 1=no; 2= más o menos, 3= sí. las respuestas deben dividirse, consignando un punto a las respuestas "más o menos" o "no" de los ítems 1, 4, 7, 8 y 11 (ítems negativos), a su vez que en los ítems restantes se consigna un punto si se responde "más o menos" o "sí". De esta forma, la escala oscila entre 0 (la ausencia de soledad) hasta 11 (soledad máxima). Se ha utilizado con anterioridad en México y reporta una consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach) entre 0.81 y 0.9 (Jiménez et al., 2021).

Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en base a los objetivos, aunado a la fiabilidad de los instrumentos y los datos socio-demográficos.

Confiabilidad de los Instrumentos

De acuerdo con los resultados se evaluó la fiabilidad de los instrumentos, se observó que cada escala presenta un índice mayor a .7, solamente se presenta en la escala de Lubben un .354 en el apartado de los reactivos 2 y 8 que presentan opciones de respuestas similares (tabla 1).

Instrumentos	Número de reactivos	α
EUS	10	.804
LSNS	12	
	1, 3, 4, 7, 9, 10	.843
	2, 8	.354
	5, 6, 11, 12	.819
De Jong	11	.819

Nota: α = Alfa de Cronbach

Datos sociodemográficos

Como resultados generales se obtuvo un total de 196 participantes de los cuales se observó que la mayoría de los participantes tiene de 60 a 69 años (66.8%), asimismo prevaleció el sexo femenino (66.8%), por estado civil fueron las personas casadas (53.1%), en cuanto a situación laboral los pensionados (58.7%), los que utilizan lentes (67.3), los que tienen algún problema con su vista (54.1%), los que estudiaron hasta primaria (29.6%) (tabla 2).

Los que viven con algún familiar (71.4%) y los que consideran que su estado de salud es regular (51.0%). Por otro lado, también se encontró que el 49% de los encuestados padecen hipertensión arterial y el 29.6 % padece diabetes mellitus, ver tabla 3.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la "Encuesta de Usabilidad de sistemas (EUS)" (Tabla 4), se destaca lo siguiente; la mayoría de los participantes están de acuerdo con que les gustaría utilizar frecuentemente el teléfono inteligente (26.0%), encuentran las aplicaciones muy fáciles en la pantalla (33.7%), piensan que el teléfono inteligente es fácil de usar (29.6%), piensan que podrían utilizar el teléfono inteligente sin apoyo de personal técnico (28.6%), encuentran varias de las funciones del teléfono inteligente que estaban incluidas (34.2%), piensan que la mayoría de personas puede aprender a utilizar el teléfono (34.2), se sienten muy confiados y seguros al utilizar el teléfono (38.8%). Por último, cabe resaltar que la mayoría está totalmente en desacuerdo que al utilizar el teléfono no aprenden nada nuevo (34.2%).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes (variables nominales).

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
60 a 60	131	66.8
70 a 79	51	26.0
80 en adelante	14	7.1
Sexo		
Femenino	112	57.1
Estado civil		
Casado	104	53.1
Soltero	25	12.8
Separados	8	4.1
Viuda(o)	45	23.0

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Unión libre	7	3.6
Divorciado	7	3.6
Situación laboral		
Trabajador	47	24.0
Pensionado/jubilado	115	58.7
Ama de hogar	34	17.3
Nivel académico		
Sin estudios	20	10.2
Primaria	58	29.6
Secundaria	43	21.9
Preparatoria	18	9.2
Universidad	43	21.9
Graduado	14	7.1

Nota: f: Frecuencias %: Porcentaje

Tabla 3. Estado de Salud de los participantes

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Padece diabetes mellitus		
Si	58	29.6
Padece hipertensión arterial		
Si	96	49.0
Utiliza lentes		
Si	132	67.3
Tiene algún problema con su vista		
Si	106	54.1
Vive solo		
Si	54	27.6
Vive con algún familiar		
Si	140	71.4
Usted considera que su estado de salud es		
Muy bien	27	13.8
Bueno	61	31.1
Regular	100	51.0
Mal	6	3.1
Muy mal	2	1.0

Nota: f: Frecuencias, %: Porcentajes.

Tabla 4. Encuesta de Usabilidad de sistemas (EUS).

Variable	TD	D		N		A		TA		
1. Creo que me gustaria utilizar frecuentemente el teléfono inteligente.	9	14.8	44	22.4	38	19.4	51	26.0	34	17.3
2. Encontré las aplicaciones muy fáciles en la pantalla.	2	11.2	47	24.0	31	15.8	66	33.7	30	15.3

Variable	TD	D	N	A	TA					
3. Pienso que el teléfono inteligente es fácil de usar.	23	11.7	51	26.0	35	17.9	58	29.6	29	14.8
4. Pienso que podré utilizar el teléfono inteligente sin apoyo de personal técnico.	34	17.3	42	21.4	36	18.4	56	28.6	28	14.3

Nota: TD= totalmente en desacuerdo, D= desacuerdo, N= ni en desacuerdo ni acuerdo, A= Acuerdo, TA= totalmente de acuerdo, f = frecuencia, % = porcentaje.

Tabla 4. Encuesta de Usabilidad de sistemas (EUS)

Variable	TD	TT	TD	TT	TA					
6. Al momento de utilizar el teléfono inteligente encontré que era fácil de usar.	28	14.3	38	19.4	37	18.9	56	28.6	37	18.9
7. Me imagino que la mayoría de las personas aprenden a usar el teléfono inteligente.	15	7.7	32	16.3	45	23.0	67	34.2	37	18.9
8. Encontré el teléfono inteligente muy fácil de comprender.	22	11.2	44	22.4	39	19.9	59	30.1	32	16.3
9. Me sentí muy confiado (seguro) al utilizar el teléfono inteligente.	13	6.6	30	15.3	39	19.9	76	38.8	38	19.4
10. Pude utilizar el teléfono inteligente sin tener que aprender nada nuevo.	67	34.2	45	23.0	33	16.8	41	20.9	10	5.1

Nota: TD= totalmente en desacuerdo, D= desacuerdo, N= ni en desacuerdo ni acuerdo, A= Acuerdo, TA= totalmente de acuerdo, f = frecuencia, % = porcentaje.

Conforme a los resultados obtenidos en “Lubben Social Network Scale (LSNS – R)” (Tabla 5) se resaltan los siguientes, la mayoría de los participantes se reúne o tiene noticias de 3 o 4 familiares, al menos una vez al mes, mismos con los que se sienten suficientemente cómodos para hablar sobre sus asuntos personales (27.6%), cuando alguno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante a veces se las comentan a ellos (28.1%), asimismo cuando ellos tienen que tomar una decisión importante sus familiares siempre están disponibles para hablar (33.2%), se reúne o tiene noticias de 3 o 4 amigos, al menos una vez al mes (26%), del amigo con el que más tiene contacto lo mira diariamente (24%) y con un amigo se sienten lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesitan ayuda (25%).

Tabla 5. Lubben Social Network Scale (LSNS – R)

Preguntas	Ninguno		Uno		Dos		Tres o cuatro		De cinco a ocho		Nueve o más	
1. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?	5	2.6	18	9.2	30	15.3	54	27.6	41	20.9	48	24.5
3. ¿Con cuántos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?	18	9.2	48	24.5	37	18.9	54	27.6	15	7.7	24	12.2

Preguntas	Ninguno		Uno		Dos		Tres o cuatro		De cinco a ocho		Nueve o más	
4. ¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	14	7.1	34	17.3	40	20.4	60	30.6	26	13.3	22	11.2
7. ¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?	24	12.2	23	11.7	31	15.8	51	26.0	34	17.3	33	16.8
9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?	35	17.9	53	27.0	39	19.9	43	21.9	15	7.7	11	5.6
10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	30	15.3	49	25.0	43	21.9	44	22.4	19	9.7	11	5.6
	<i>Menos de una vez por mes</i>		<i>Mensualmente</i>		<i>Algunas veces al mes</i>		<i>Semanalmente</i>		<i>Varia veces por semana</i>		<i>diariamente</i>	
2. Del familiar con el que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?	6	3.1	7	3.6	18	9.2	31	15.8	41	20.9	93	47.4
8. ¿Con qué frecuencia se ve o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?	33	16.8	17	8.7	29	14.8	33	16.8	37	18.9	47	24.0
	<i>Siempre</i>		<i>Con mucha frecuencia</i>		<i>Con frecuencia</i>		<i>A veces</i>		<i>Rara vez</i>		<i>Nunca</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
5. Cuando uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?	50	25.5	23	1.7	42	21.4	55	28.1	23	11.7	3	1.5
6. ¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	65	33.2	28	14.3	41	20.9	34	17.3	16	8.2	12	6.1
11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?	28	14.3	18	9.2	41	20.9	57	29.1	29	14.8	23	11.7
12. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	39	19.9	24	12.2	36	18.4	45	23.0	26	13.3	26	13.3

Nota: f: frecuencia, %: porcentaje

De acuerdo a los resultados obtenidos en la “Escala de Jong” (Tabla 6), se destaca lo siguiente, la mayoría de los participantes tienen a alguien con quien pueden hablar de sus problemas diarios (74%), echan de menos tener un amigo de verdad (44.9%), tienen suficientes personas con las que pueden recurrir en caso de dificultades (80.1%), echan de menos la compañía de otras personas (44.9%), pueden contar con sus

amigos siempre que lo necesitan (71.9%) y no se sienten abandonados frecuentemente (73.5%).

Tabla 6. Instrumento Escala de Jong.

<i>Pregunta</i>	<i>Sí</i>		<i>No</i>		<i>Más o menos</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.	145	74.0	27	13.8	24	12.2
2. Echo de menos tener un buen amigo de verdad.	88	44.9	91	46.4	17	8.7
3. Siento una sensación de vacío a mí alrededor.	34	17.3	130	66.3	32	16.3
4. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de dificultades.	157	80.1	27	13.8	12	6.1
5. Echo de menos la compañía de otras personas.	88	44.9	74	37.8	34	17.3
6. Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.	63	32.1	110	56.1	23	11.7
7. Tengo mucha gente en la que puedo confiar completamente.	84	42.9	69	35.2	43	21.9
8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy cercana.	123	62.8	39	19.9	34	17.3
9. Echo de menos tener gente a mí alrededor.	62	31.6	113	57.7	21	10.7
10. Me siento abandonado frecuentemente.	27	13.8	144	73.5	25	12.8
11. Puedo contar con mis amigos siempre que lo necesito	141	71.9	23	11.7	32	16.3

Nota: *f* = Frecuencia % = Porcentaje

En cuanto a la diferencia entre grupos de edad y soledad y la aceptación a la tecnología no se encontraron diferencias. (Tabla 7)

Tabla 7. Diferencias por grupo de edad entre soledad y EUS.

	<i>Escala de Jong</i>	<i>EUS</i>
Chi-cuadrado	4.084	1.123
Sig. asintót.	.130	.570

Nota: ^a: Prueba de Kruskal-Wallis, ^b: Variable de agrupación: EDAD ACOD.

De los resultados adquiridos (Tabla 8), se determinó que la mayoría de las personas mayores encuestadas en nuevo laredo, no presentan soledad (44.9%), por otra parte, el 36.7% presenta una soledad moderada y el 18.4% soledad máxima.

Tabla 8. Nivel de soledad en personas mayores en Nuevo Laredo.

	f	%
Ausencia	88	44.9
Moderado	72	36.7
Soledad máxima	36	18.4

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje

De las respuestas conseguidas (Tabla 9), se determinó que la mayoría de las personas mayores encuestadas en Nuevo Laredo presentan aislamiento bajo y soporte social alto con un (54.1%), por otra parte, un aislamiento y soporte social moderado con un (22.4%) y un alto aislamiento y soporte social bajo con (16.3%).

Tabla 9. Presencia de aislamiento y soporte sociales en personas mayores de Nuevo Laredo

		f	%
Aislamiento social		14	7.1
Soporte social	Alto	32	16.3
	Moderado	44	22.4
	Bajo	106	54.1

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje

En base a los resultados adquiridos de las personas mayores encuestadas en Nuevo Laredo, se determinó que la mayoría rechaza el uso de tecnología (45.9%), por el contrario, el 1% la acepta y el 53.1% marginalmente. (Tabla 10).

Tabla 10. Aceptación tecnológica en personas mayores de Nuevo Laredo

	f	%
No aceptable	90	45.9
Marginal	104	53.1
Aceptable	2	1.0
Total	196	100.0

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje

Discusión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en torno a la relación entre la soledad, el aislamiento y el soporte social con la aceptación de la tecnología.

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, se observó un predominio del género femenino, particularmente en el grupo etario de 60 a 69 años. Este hallazgo coincide con lo reportado por Lara-Pérez et al. (2018), quienes identificaron una mayor participación de mujeres en estudios similares, lo cual podría explicarse por su tendencia a involucrarse con mayor frecuencia en actividades de interacción social (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2021).

En relación con la variable de soledad, la mayoría de los participantes manifestó ausencia de dicha condición. Este resultado difiere de lo expuesto por Palma-Ayllón (2021), quien señala que diversos estudios reportan una alta prevalencia de soledad entre las personas mayores. La diferencia puede atribuirse a que los participantes de este estudio pertenecían en su mayoría a grupos sociales organizados, como asociaciones de jubilados o comunidades religiosas, lo que favorece la interacción y el acompañamiento social.

En cuanto a la escala de aislamiento y soporte social, los resultados reflejaron un bajo riesgo de aislamiento, en contraste con los hallazgos de Granda-Oblitas et al. (2021), quienes reportaron niveles elevados de aislamiento y bajo soporte social. Esta discrepancia podría explicarse por las condiciones contextuales de cada investigación, ya que el estudio de Granda-Oblitas et al. se realizó durante el periodo de pandemia por COVID-19, etapa caracterizada por un incremento en los problemas de salud mental y una reducción del contacto interpersonal. En el presente estudio, por el contrario, la mayoría de los participantes mantenía una participación activa en grupos sociales y actividades comunitarias, lo que fortalecía sus redes de apoyo.

En lo que respecta a la aceptación de la tecnología, los resultados mostraron un nivel marginal, lo que concuerda con los hallazgos de Arango, Sepúlveda y Garrido (2018), quienes identificaron que las personas mayores suelen utilizar el teléfono celular con menor frecuencia y habilidad. Esta situación puede deberse a que, para muchos adultos mayores, el uso de dispositivos tecnológicos no representa una necesidad esencial en su vida cotidiana. Además, su limitada exposición a las tecnologías digitales durante las etapas formativas puede influir en su

bajo nivel de familiaridad y confianza con herramientas como teléfonos inteligentes o redes sociales, a diferencia de las generaciones más jóvenes que crecieron inmersas en entornos tecnológicos.

En cuanto al objetivo general, no se evidenció una relación significativa entre las variables de soledad, aislamiento y soporte social con la aceptación de la tecnología. Este resultado difiere de lo reportado por Ma (2021), quien sostiene que la adopción tecnológica puede funcionar como un medio de apoyo para reducir la soledad y el aislamiento en las personas mayores. Es posible que esta diferencia se relacione con los bajos niveles de alfabetización digital y escolaridad observados en la muestra, lo que limita el aprovechamiento de las herramientas tecnológicas —como videollamadas, redes sociales o mensajería instantánea— que podrían favorecer la interacción social. Por tanto, aunque la tecnología posee el potencial de fortalecer los vínculos sociales, en la práctica aún no cumple plenamente dicha función.

Asimismo, cabe considerar que los adultos mayores incluidos en la investigación podrían no percibir la tecnología como un medio efectivo para establecer o mantener relaciones sociales, ya sea por su preferencia hacia el contacto presencial o por la falta de familiaridad con los recursos digitales disponibles, tales como plataformas de comunicación o aplicaciones sociales.

Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, no se encontró una relación significativa entre la soledad, el apoyo social y el aislamiento con el uso de la tecnología en las personas mayores. Por lo tanto, se recomienda un análisis más profundo de las variables relacionadas con la población estudiada. Así, no se descarta la posibilidad de que la soledad en personas mayores esté influenciada por factores del entorno social. Además, se busca crear espacios adecuados para capacitar a las personas mayores en el uso de dispositivos móviles y teléfonos inteligentes.

Para abordar las dificultades relacionadas con las respuestas de los instrumentos, es fundamental realizar una revisión detallada de las preguntas empleadas, de acuerdo con el sistema que se busca aplicar. Además, es necesario modificarlas según la forma de manejo de cada sistema o plataforma.

Asimismo, es aconsejable cambiar algunas palabras en las respuestas proporcionadas por los instrumentos, lo cual facilitará su comprensión y evitará respuestas erróneas.

De igual manera, es fundamental investigar diferentes tipos de cuestionarios para la elaboración de instrumentos, de modo que la realización de las encuestas sea más sencilla y rápida, evitando así la monotonía y la redundancia en las respuestas.

Por otro lado, con base en los hallazgos obtenidos, se sugiere que futuras investigaciones se centren de manera más específica en el uso que hacen las personas mayores de la tecnología, diferenciando entre el uso funcional (como llamadas o consultas básicas) y el uso con fines sociales o afectivos (como videollamadas, redes sociales o mensajería instantánea). Esta distinción facilitaría una evaluación más precisa del impacto potencial de la tecnología en variables como la soledad, el aislamiento o el apoyo social percibido.

Asimismo, se propone incluir variables relacionadas con la competencia digital, la familiaridad con herramientas tecnológicas y las actitudes hacia su uso. Estos factores pueden tener un impacto considerable en cómo las personas mayores integran la tecnología en su vida diaria y, por ende, en los beneficios que pueden obtener de ella.

Además, se sugiere ofrecer clases teóricas y prácticas sobre el uso de dispositivos móviles dirigidas a personas mayores, para su propio beneficio. Esto incluye la enseñanza sobre el uso de aplicaciones, la navegación en sitios web, el acceso a la comunicación y el manejo de redes sociales en los diversos dispositivos disponibles en la actualidad.

Referencias

- Álvarez-Dardet, S. M., & Padilla, J. P. (2021). Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas LSNS. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/349160974_evaluacion_del_apoyo_social_y_el_riesgo_de_aislamiento_en_personas_mayores_mediante_las_escalas_lsns
- Anuradha, M. & Pushpa, K. (2020). Elderlys perceived social support. *Asian Journal of Home Science*, 15 (2), 325-329. 10.15740/HAS/AJHS/15.2/325-329
- Arango Morales, M., Sepúlveda García, L., & Garrido Ledezma, H. (2018). Rol de las redes sociales en el desarrollo físico y mental de los adultos mayores. *Correspondencias & Análisis*, 8, 208-218. <https://doi.org/10.24265/cian.2018.n8.10>

- Brooke, John. (1995). SUS: A quick and dirty usability scale. *Usability Eval. Ind.* 189. https://www.researchgate.net/publication/228593520_SUS_A_quick_and_dirty_usability_scale
- Casanova, G., Zaccaria, D., Rolandi, E., & Guaita, A. (2021). The Effect of Information and Communication Technology and Social Networking Site Use on Older People's Well-Being in Relation to Loneliness: Review of Experimental Studies. *Journal Of Medical Internet Research*, 23(3), e23588. <https://doi.org/10.2196/23588>
- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). Aislamiento. *Diccionario médico*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/aislamiento>
- Granda-Oblitas, A., Gil, G. X. Q., & Runzer-Colmenares, F. M. (2022b). Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia: una revisión de la literatura. *Acta Médica Peruana*, 38(4). <https://doi.org/10.35663/amp.2021.384.2225>
- Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Sánchez Sánchez, N. J., Blanco Ramos, M. Á., Perdiz Álvarez, M. C. & Castro Fernández, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(3), 146-153. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i11.3259>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2022. <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2022/>
- Instituto Nacional de las Personas Mayores [INAPAM] (5 de marzo de 2019). Envejecimiento y vejez. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es#:~:text=Al%20proceso%20que%20inicia%20desde,y%20forma%20parte%20del%20envejecimiento.>
- Jiménez, B. R., Caballero, D. C., & Juárez, L. M. (2021). Soledad y tecnología en sociedades que envejecen: retos y dificultades de los enfoques socioculturales en la salud pública. *Almenara*, 13, 40-50. <https://doi.org/10.17398/1889-6286.13.40>
- Latorre, M. I. L., Enrique, M. M., & Camacho, T. (2020). Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 11(2), 268. <https://doi.org/10.20318/recs.2020/4870>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European

- Community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503–513.
- Ma, Q Chan, A. H. S. & Teh, P. -L. (2021). Insights into Older Adults' Technology Acceptance through Meta-Analysis. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 37(11), 1049-1062. 10.1080/10447318.2020.1865005
- Menéndez, S. y Pérez-Padilla, J. (2016). Percepción del estado de salud y nivel de actividad durante la vejez. III Congreso Internacional de Investigación en salud y Envejecimiento. Almería, 30 de junio-1 de julio.
- National Institute on Aging. (2024). Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado. <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado#:~:text=La%20soledad%20y%20el%20aislamiento%20social%20son%20diferentes%2C%20pero%20est%C3%A1n,se%20puede%20interactuar%20con%20regularidad>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social. <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection#:~:text=El%20aislamiento%20social%20tambi%C3%A9n%20tiene,enfermedades%20cardi-ovasculares%20en%20un%2030%25>.
- Ortega Rabí, Y., Díaz Pita, G., Pérez Martín, M. M., Vilaú Díaz, J. L., & Azcuy Pérez, M. (2022). Evaluación del apoyo social en el adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(6).
- Quiroga-Sanzana, C. E., Parra-Monje, G. R., Moyano-Sepúlveda, C. J., & Díaz-Bravo, M. A. (2022). Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. *Prospectiva*, 57-74. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i33.11544>
- Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Roldan-Ramírez, E.L., Díaz-Sánchez, R. & Vargas, C. A. (2023). Redes sociales de apoyo formales e informales para la reducción de pobreza del adulto mayor y su familia. *Revista de la Universidad*

Industrial de Santander. Salud, 55. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23004>

- Silva Contreras., K., Cabrera Martínez, M., Peña López, M.M., Salazar Mendoza, J., Esperanza Conzatti, M., López Posadas, J.R., & Almonte García, G. (2023). Impacto del abandono en la salud física y mental del adulto mayor. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 10714-10733. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5242
- Terán-Espinoza, J.D., & Cevallos-Cevallos, P.N. (2021). El aislamiento social y su interacción con el trastorno de estrés agudo en los adultos mayores usuarios de la Fundación Simón Palacios Intriago en el año 2021. *Polo del conocimiento*, 6(11), 140-152.

Capítulo 6. Ejercicio físico y estratificación de riesgo en el adulto mayor en un enfoque incluyente

KIRBY GUTIÉRREZ ARCE
CRISTIAN YOVANY ROJAS ABOITE
FRANCISCO JAVIER CORONEL PÉREZ
MARÍA CRISTINA ENRÍQUEZ REYNA

Introducción

El ser humano a lo largo de su vida enfrenta una serie de cambios y etapas, algunos psicológicos, otras sociales, económicos, profesionales, sin embargo, la totalidad de la humanidad afronta los cambios fisiológicos determinados fundamentalmente por la edad (Andrieieva, et al., 2019). Los procesos de envejecimiento, es un hecho biológicamente seguro para cualquier persona, independiente a su sexo, raza, etnia o nacionalidad (Robledo & Botero, 2022); en este contexto el ejercicio físico se ha determinado como una posibilidad de mejora en la capacidad de función y retraso de la fragilidad del adulto en sus últimos años de vida (Chavarro, Bermeo, Padilla & Gaviria, 2025).

El personal de salud en el mundo, día con día recomienda la práctica del ejercicio físico o el aumento de la actividad física como parte complementaria al tratamiento a las enfermedades cardiovasculares, metabólicas, crónicas de tipo no transmisibles, mejora en la capacidad cognitiva o bien para la prevención de las mismas (Harridge & Lazarus, 2017); en las actuales aportaciones científicas se a dejado claro el aumento de la población adulta en la última década; se estima que los adultos >65 años se estarán duplicando para el año 2050, esto derivado del aumento de la natalidad y esperanza promedio de vida en el mundo (United Nations, s/f); misma situación que motiva a los especialistas en la calidad de vida relacionada con la salud a proporcionar herramientas, para desarrollar adultos sanos, autónomos y con determinantes de retraso al deterioro humano (Casamitjana et al., 2023).

En ese sentido, cuando estas recomendaciones se tornan de manera explícita a un subgrupo poblacional con el estrato de población

en vulnerabilidad, como es el caso de los adultos mayores, surge la importancia de delimitar a los profesionales en el área de la salud las principales recomendaciones de tipo de ejercicios y las estratificaciones básicas de riesgo de los mismos, para reducir los riesgos al momento de prescribir estas prácticas de ejercicio o actividad física (Cala, 2024). Se propuso analizar y describir el proceso de estratificación del riesgo en la práctica de la actividad física y el ejercicio, con base en la evidencia científica actual y las guías del ACSM, para su correcta aplicación en la evaluación, prescripción segura e inclusión de personas con distintos niveles de riesgo clínico.

Recomendaciones generales para Actividad física y el ejercicio

Muchos autores en conjunto con organizaciones han determinado las principales recomendaciones para la actividad y el ejercicio físico, esto relacionado a los efectos fisiológicos y requerimientos necesarios para contribuir a sus beneficios físicos, psicológicos y sociales; mucho se a determinado por parte del personal sanitario la recomendación general por la Organización Mundial de la Salud, que establece el realizar en la población adulta al menos 30 minutos de actividad aeróbica continua al menos cinco días por semana, con una intensidad moderada, acumulando un tiempo total de 150 a 300 minutos de actividad física semanal (Bull et al., 2020; WHO, 2020; Garber et al., 2011).

Por otra parte, actualizaciones realizadas por Izquierdo et al. (2021), concluyen la importancia de sumar al ejercicio aeróbico, ejercicios de movilidad articular enfocados al fortalecimiento muscular, ya que se tiene incidencia positiva en la función metabólica, influye al control de diabetes mellitus tipo 2, minimizar el riesgo del síndrome metabólico y control de grasas totales, al resto de los beneficios obtenidos por el entrenamiento gradual de este tipo de ejercicios como el riesgo y control de caídas, así como la reducción de la fragilidad, son efectos benéficos de estas nuevas disposiciones generales.

Lo que mayormente es seguro, es que en las revisiones de literatura y en las recomendaciones médicas, fundamentalmente en la consulta, se disertan este tipo de recomendaciones, así como también se mencionen los beneficios que se obtienen al realizar este tipo de prácticas saludables de actividad física o ejercicio; sin embargo es poco lo que los especialistas en el área se justifiquen en consultar las metodologías de implementación de los programas o prescripción de ejercicio y recomendaciones de la actividad física que garanticen principalmente la

seguridad al paciente o que establezcan metodologías de adherencia o motivación psicológica para establecer bajos indicadores de abandono, o bien desarrollar una barrera para la práctica de estas recomendaciones, lo cual nos llevaría muy lejos de influir de manera positiva en la calidad de vida de las personas.

Es por ello que en el presente capítulo se encontraran, algunas recomendaciones de las actuales tendencias de la actividad física y el ejercicio, así como las principales herramientas que apoyan la motivación y la autodeterminación psicológica para influir a la adherencia a de los programas de ejercicio y de tal manera lograr cambios en los estilos de vida, por último, en apego a las principales guías de especialistas mundiales en la prescripción del ejercicio, se establecerán las principales directrices de estratificación de riesgo y algoritmos de seguridad para el ejercicio físico en el adulto mayor.

Modalidades y tendencias específicas de la actividad física y el ejercicio en adultos mayores

Mikel et al. (2021) investigan si actividades integradas en la vida diaria como subir o bajar las escaleras en lugar del ascensor, pararse sobre una pierna mientras se lavan los platos, o pararse y sentarse lentamente sin usar los brazos, pueden lograr una mejor adherencia a la Actividad Física. En este contexto, los beneficios se logran mejor con la práctica de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a vigorosa (MICT), y los mayores efectos se observan con el entrenamiento en intervalos de alta intensidad (HIIT), frecuencia cardíaca máxima del 85-95% durante intervalos de 1 a 4 minutos (Matthew et al., 2017). También existe evidencia que ejercicios de equilibrio y flexibilidad aumentan la condición física relacionada con la salud. La mejora del equilibrio reduce la probabilidad de caídas y mejora la movilidad funcional del adulto mayor (Ewing et al., 2021).

Un punto poco estudiado es el deterioro funcional y cognitivo del adulto mayor hospitalizado, sin embargo, el ejercicio físico juega un papel importante en este aspecto. Los beneficios del ejercicio han sido confirmados clínica, biológica e incluso económicamente, por lo tanto, la AF juega un rol terapéutico en esta población. Los efectos de las intervenciones de AF en el hospital que reportan los pocos estudios realizados, son prometedores en la parte funcional del adulto mayor, incluso en aquellos con fragilidad (Martínez-Velilla et al., 2019).

Estudios demuestran que la actividad física influye positivamente en la salud, disminuyendo el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. En este sentido, se debe incluir una prescripción adecuada de ejercicio en la atención médica para mejorar la independencia funcional, el bienestar psicológico y la calidad de vida por medio del ejercicio físico en el adulto mayor (Izquierdo et al., 2020).

Motivación y adherencia a la actividad física y ejercicio en adultos mayores

El ejercicio es fundamental para el envejecimiento saludable, ya que previene la pérdida de masa muscular y ósea, mejora la función física, reduce el riesgo de caídas y mejora la salud mental, es relevante tener una mejor calidad de vida que aumente la esperanza de vivir, ya que la vejez es un hecho irreversible (Casamitjana & Cuevas-Esteban, 2023). La etapa de la vejez se considera sinónimo de inactividad, dependencia, aislamiento y malos hábitos por lo que presentan una serie de dificultades que impiden disfrutar la vejez, es por eso que ejercitarse provoca bienestar y estilos de vida más saludable, con grandes beneficios a la salud mental (Reyes-Rincón & Campos-Uscanga., 2021).

El ejercicio físico es un factor esencial que influye de manera positiva en la buena salud, bienestar y autoconcepto positivo de quienes lo realizan, en contraste con las personas sedentarias quienes perciben menor bienestar psicológico, baja autoaceptación, se observa desmotivación que conlleva a baja condición física para llevar a cabo una rutina de ejercicios con desinterés, escasez de tiempo con bajos niveles de autoeficacia percibida y escaso apoyo social (Urra-Tobar et al., 2018).

La motivación en el inicio de práctica deportiva en adultos mayores se encontraron motivos como, hacer ejercicio físico, mantener y/o mejorar la salud por diversión, pasar el tiempo, relacionarse por el gusto por el deporte. Por otra parte, sin motivación adecuada, se corre el riesgo de que su desempeño decaiga; su experiencia se vuelva negativa o monótona; y el deportista opte por abandonar la práctica deportiva, perdiendo así todos los beneficios que la actividad física deportiva trae consigo para dichas edades (Moreno, Martínez Galindo, González-Cutre & Cervelló 2008).

La práctica deportiva en adultos mayores y los beneficios psicológicos que proviene de la práctica del ejercicio físico, los factores más motivadores en la práctica deportiva y el ejercicio físico son la salud, la competencia y el gusto por el deporte/ejercicio, cuestiones como

aprender, tener buenas relaciones con sus compañeros y el entrenador, liberar el estrés, sentirse bien son más importante y en un nivel bajo se observan factores como ocupar el tiempo libre, la diversión, por estos motivos y otros se presenta la desmotivación que trae como consecuencia las lesiones y las enfermedades, las malas relaciones con los compañeros y el entrenador (Reynaga-Estrada et al., 2017)

Otros de los factores importantes son las actividades físicas recreativas, que favorece la ocupación del tiempo libre de los adultos mayores, estos ejercicios pueden mejorar la comunicación, la flexibilidad del cuerpo, la expresión y la socialización con su entorno, el envejecimiento tiene repercusiones en las etapas de la vida y más cuando acentúa cualquier factor psicosocial, la reiteración en la realización mejora en gran medida el mejoramiento de nuevos estilos de vida generando una mejor autoestima, adoptándose a nuevos hábitos sin sufrir alteraciones en su bienestar (Tomala, 2020).

Los diferentes componentes de la motivación contienen factores que se tienen que analizar dentro de las motivaciones primarias, se encuentra el juego, como la necesidad de las personas de encontrar la diversión, que genere felicidad y buena relación, es por esto, que el agonismo es la necesidad de medirse consigo mismo o con los demás como parte de su naturaleza, generando motivaciones, en 1er. Lugar. se encuentran los factores psicobiológicos que son homeostáticos, de equilibrio, autoplásticos o de crecimiento, en 2do. Lugar factores psicopatológicos como pueden ser el narcisismo y el complejo de inferioridad, en 3er. Lugar se encuentran los factores psicológicos donde se interactúa con el entorno, donde sus propias emociones influyen sobre sus propias elecciones de vida y por ultimo influye la aprobación, logros, movilidad social, donde influyen factores culturales y económicos (Reynaga-Estrada et al., 2017).

Los factores motivacionales para que los adultos realicen ejercicio físico se relacionan con las necesidades básicas como el bienestar propio, la autodeterminación, la salud y la estética corporal, el ejercicio físico es una actividad que se realiza de manera clasificada, repetitiva y estructurada, para fortalecer las relaciones sociales, donde el instructor es sin duda un agente principal, pero la motivación se define como aquellos impulsos que tienen las personas en su interior para realizar cualquier tarea que se propongan utilizando la dimensión volitiva que son todos los procesos psicológicos mediadores que intervienen en la voluntad de la personas, la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000), menciona que el comportamiento humano se ve influen-

ciado por distintas necesidades psicológicas básicas e innatas que son la autonomía, competencia y relación con los demás, es por esto la importancia que el encargado de dirigir el ejercicio ofrezca estrategias activas, con el objetivo de motivar de manera autónoma y satisfactoria mejores estilos de vida más saludables, sin la necesidad de competir, tomando en cuenta su edad y las experiencias obtenidas en su vida, con el objetivo de seguir practicando el deporte y el ejercicio físico (Galarza-Guerrero, 2023).

Estratificación de riesgos en la actividad física y ejercicio en adultos mayores

La estratificación de riesgo en la práctica de la actividad física y el ejercicio siempre deberá de ser analizado desde un enfoque integral, su función principal es reunir los conocimientos y las herramientas necesarias y mínimas requeridas para identificar las condiciones de salud actual de cada persona, el nivel de aptitud física, así como los antecedentes clínicos patológicos que podrían emerger con agudez durante alguna praxis de ejercicio (Montero-Odasso et al., 2021).

Las evaluaciones o procesos de escaneo, buscan desarrollarse de forma personalizada, segura, apropiada y con un fin específico (Gibson, Wagner & Heyward, 2024); últimas publicaciones mencionan que las evaluaciones previas a una prescripción de ejercicio ya no solo es consistente en conocer los antecedentes de actividad física de los últimos tres meses; al momento de realizar el ejercicio, es importante manifestar que para este subgrupo poblacional, la práctica de la actividad física y el ejercicio estructurado, deberá ser tomado como una prescripción sumada a su tratamiento farmacológico, sin dejar de lado que la inclusión a la participación a este tipo de actividades es uno de los principales objetivos, en el sentido de establecer cambios en hábitos y conductas de vida diaria (D'Ascenzi et al., 2022).

La estratificación de riesgo integra una serie de medidas y factores para mejorar la seguridad en la participación de cualquier tipo de actividad física, ayuda a los especialistas en el área a no solo ser participantes en la recomendación (Price, Tsakirides, Gray, & Stavropoulos-Kalinooglou, 2019); instruye a establecer directrices seguras y adherentes a los programas de ejercicio multicomponentes, la aplicación de los algoritmos de seguridad tienen una trascendencia de más de 20 años en su aplicación; actualmente la estratificación de riesgo afronta situaciones clínicas que conllevan a establecer en una balanza entre los beneficios

del ejercicio y los riesgos, asociados a la adherencia y a la progresión del programa, por lo que el Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM), desde su octava hasta la décima edición ha reducido a más de un tercio los criterios para incluir a una persona con o sin patología clínica en la inclusión a un programa de ejercicio, también han desarrollado cambios en la derivación a el tipo de ejercicio a realizar (Whitfield, Riebe, Magal, & Liguori, 2017).

El presente capítulo, establecerá un resumen entre los procesos de escaneo y la aplicación de algoritmos de seguridad entre la última edición del ACSM y ACSM para poblaciones especiales (Ozemek, Bonikowske, Christle & Gallo, 2025), con el fin de estructurar estratificaciones de riesgo acorde a este subgrupo poblacional, personalizadas, seguras e incluyentes.

Declaraciones previas a la presentación de la 12va Edición de ACSM, el editor, específico la importancia de actualizar los contenidos basados en la evidencia, así como las tendencias actuales de la actividad física y el ejercicio, se establecen los principales cambios y actualizaciones asociadas a realizar enfoques incluyentes promoviendo estrategias en las conductas sociales para promover el ejercicio (Mendola, 2025).

La estratificación conlleva una serie de pasos para determinar la presencia de una enfermedad o condición grave que haya sido previamente diagnosticada, posteriormente buscará evaluar el número de factores de riesgo, considerando los signos o síntomas que indiquen una posible enfermedad o anomalía. Los principales componentes de la estratificación de riesgo por la ACSM en el 2025 son 1) categorización de riesgo mínimo, moderado o alto, 2) evaluación de signos y síntomas y c) asistencia supervisada de un especialista durante la práctica del ejercicio (Ozemek, Bonikowske, Christle & Gallo, 2025).

Este proceso se logra desarrollando los siguientes pasos dentro del proceso de screening, paso 1, evaluando signos y síntomas; paso 2, evaluando la participación en programas de ejercicio estructurado con las mínimas recomendaciones de 30 min de actividad aeróbica, en una intensidad moderada, tres días por semana en los últimos tres meses. Paso 3, antecedentes clínico-patológicos, que agrupan enfermedades cardíacas o cirugías previas, diabetes o enfermedades renales.

Para simplificar este proceso, se presenta en la siguiente tabla los riesgos mayores determinados.

Tabla 1. Directrices de factores mayores de riesgo

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Directrices</i>
Edad	Hombres >45 años, Mujeres >55 años
Antecedentes heredofamiliares	IAM, Cirugía de revascularización cardiaca, muerte súbita > 55 años en familiar directo masculino, o >65 años en familiar directo femenino
Tabaquismo	Fumador activo o abstinencia en los últimos 6 meses
Comportamientos sedentarios	No realizar actividad aeróbica al menos 30 minutos diarios, acular un mínimo de entre 150 y 300 minutos a una intensidad moderada, o también entre 75 y 150 minutos acumulados en al menos tres días por semana de actividad vigorosa (WHO, 2021).
Obesidad	IMC >30 kg/m ² o circunferencia de cintura >102 cm para hombres y >88 cm para mujeres
Hipertensión	Tensión arterial >140/90 mmHg confirmado mediante al menos dos momentos o bien, estar bajo medicación antihipertensiva
Dislipidemia	Colesterol total >200 mg/dL, LDL >130 mg/dL, HDL <40 mg/dL o estar bajo medicación para reducir lípidos
Glucosa	Glucosa en ayuno > 100 mg/dL, o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Nota: Adaptado de: American College of Sports Medicine. (2021). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (11th ed.). Wolters Kluwer.

Posterior a conocer los factores mayores de riesgo se deberá determinar, mediante un análisis personalizado de las que son participes en cada paciente, de esta manera se determinara el nivel de riesgo que contempla según la persona y sus características clínicas y conductuales, para hacer ese ejercicio, se presenta mediante la siguiente tabla.

Tabla 2. Clasificación de riesgo

<i>Directriz/Riesgo</i>	<i>Riesgo bajo</i>	<i>Riesgo Medio</i>	<i>Riesgo Alto</i>
Síntomas y Factores de riesgo	Asintomático < 2 factores de riesgo	Asintomático > 2 factores de riesgo	Síntomas o enfermedad conocida: Ej. Metabólica, renal, cardiovascular
Autorización bajo examen médico	No	No, solo si desea intensidades de ejercicio vigoroso	Si
Prueba de esfuerzo previa	No	No	Si
Ejercicio físico supervisado	No	No	Si

Nota: Adaptado de: American College of Sports Medicine. (2021). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (11th ed.). Wolters Kluwer.

Una vez que se estratificó el nivel de riesgo, se podría redirigir al participante al nivel de intensidad de ejercicio, según el análisis realizado

anteriormente, para ello es importante determinar los niveles de intensidad de ejercicio y sus condicionantes en estrecho apego al nivel de riesgo determinado, para ello se presentara en la siguiente tabla los niveles de intensidad del ejercicio físico, el cual se denomina en intensidad:

Tabla 3. Categorías de intensidad de ejercicio

Intensidad	Mets
Bajo	<3,0 MET
Moderado	3,0–5,9 MET
Vigoroso	≥6,0 MET

Tomado de: Mendes, M. D. A., Da Silva, I., Ramires, V., Reichert, F., Martins, R., Ferreira, R., & Tomasi, E. (2018). Metabolic equivalent of task (METs) thresholds as an indicator of physical activity intensity. *Plos one*, 13(7), e0200701.

Se cuenta con herramientas como el PAR-Q (Cuestionario de Aptitud para la Actividad Física) es una herramienta de salud que evalúa si una persona es apta para iniciar un programa de ejercicio físico, especialmente si es de intensidad moderada a vigorosa. Consiste en siete preguntas sencillas sobre la salud de la persona, diseñadas para identificar riesgos potenciales antes de comenzar cualquier actividad física. Se recomienda identificar también el riesgo de caídas como la prueba asociada al cribado de fragilidad: detección del riesgo de caídas en personas mayores de 65 años. Una vez identificado el tipo de envejecimiento: frágil, habitual o exitoso, se procederá a la elección de pruebas de funcionalidad física para lo que se recomienda considerar las recomendaciones de la Guía de instrumentos para la evaluación geriátrica integral del Instituto Nacional de Geriátrica (2020). Todas estas medidas serán un apoyo para la personalización del ejercicio, nunca tendrán intenciones discriminatorias ya que, su finalidad es promover una prescripción apropiada de la actividad física, ejercicio o movimiento considerando las circunstancias del adulto mayor.

Conclusiones

La estratificación del riesgo, como se ha presentado a lo largo del capítulo, es una herramienta esencial, actualizada y basada en evidencia para la adecuada evaluación y prescripción del ejercicio físico, especialmente en poblaciones con condiciones clínicas específicas o antecedentes relevantes. Su aplicación no debe asumirse como un protocolo estático, sino como un proceso dinámico, ajustado a las características

individuales, contexto social, estado de salud y nivel de aptitud física del participante. Elementos clave que aporta la estratificación:

- **Enfoque integral:** La estratificación del riesgo permite evaluar de forma holística al individuo, considerando aspectos médicos, funcionales y conductuales. Esto es crucial para tomar decisiones informadas y éticas en torno al inicio o la continuidad de un programa de ejercicio.
- **Seguridad y personalización:** A través del análisis de síntomas, antecedentes y nivel de actividad previa, los profesionales pueden minimizar riesgos y maximizar beneficios, diseñando programas seguros, progresivos y adaptados.
- **Actualización constante:** Las ediciones más recientes del ACSM han flexibilizado criterios de inclusión, promoviendo la participación segura incluso en personas con patologías, siempre que exista supervisión profesional y una evaluación estructurada.
- **Valor preventivo y terapéutico:** Para subgrupos poblacionales, el ejercicio físico debe considerarse parte del tratamiento integral, complementario a la farmacoterapia, con efectos comprobados en la mejora de la salud física, mental y la calidad de vida.
- **Responsabilidad profesional:** La correcta aplicación de estos algoritmos y tablas de riesgo implica una responsabilidad ética y profesional de quienes prescriben el ejercicio, así como la necesidad de formación continua.

La implementación de un sistema de estratificación de riesgo personalizado permite que tanto profesionales de la salud como del deporte determinen quién puede iniciar un programa de ejercicio sin supervisión médica, quién requiere evaluación adicional y quién necesita intervención especializada. Ayuda a que establezcan niveles de intensidad de ejercicio adecuados (bajo, moderado o vigoroso) conforme al nivel de riesgo y estado de salud. Permite la identificación de barreras de participación y adaptan los programas para que sean inclusivos, seguros y progresivos, fortaleciendo la adherencia a largo plazo. Promueve en los usuarios la autoconciencia del riesgo, fomentando hábitos de autocuidado y toma de decisiones informadas respecto a su salud física.

Finalmente, cabe señalar que esta metodología no solo tiene aplicaciones clínicas, sino también formativas, al integrar en los planes de estudio una cultura de ejercicio seguro, prescrito con base en evidencia, ética y responsabilidad social. En suma, la estratificación del riesgo no es solo una herramienta técnica, sino un instrumento clave para humanizar la prescripción del ejercicio, mejorar resultados en salud,

y favorecer la participación responsable y segura de toda persona en programas de actividad física.

Referencias

- American College of Sports Medicine. (2021). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Andrieieva, O., Hakman, A., Kashuba, V., Vasylenko, M., Patsaliuk, K., Koshura, A., & Istyniuk, I. (2019). Effects of physical activity on aging processes in elderly persons. *Journal of physical education and sport*, 19, 1308-1314.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... & Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451-1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Cala, Y. (2024). Estrategias de Salud Pública para Fomentar el Ejercicio Físico en Poblaciones Vulnerables. *Polo del Conocimiento*, 9(10), 1497-1506. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i10.8192>
- Casamitjana, M., Cuevas-Esteban, J., Trias, G., Profesor, P., & Médico, A. (2023). El envejecimiento saludable: un desafío para la sociedad actual. *Neurosciences*, (6).
- Chavarro, J., Bermeo, R., Padilla, I., & Gaviria, M. (2025). Ejercicio físico y envejecimiento saludable: impacto sobre el bienestar general y la aptitud física en adultos mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (65), 445-457. <https://doi.org/10.47197/retos.v65.104232>
- D'Ascenzi, F., Cavigli, L., Pagliaro, A., Focardi, M., Valente, S., Cameli, M., ... & Hansen, D. (2022). Clinician approach to cardiopulmonary exercise testing for exercise prescription in patients at risk of and with cardiovascular disease. *British journal of sports medicine*, 56(20), 1180-1187. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-105261>
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227- 268.
- Ewing, D., Blissmer, D., Deschenes, R., Barry A., Lamonte, J., Lee, I., Nieman, C., Swain, P., (2021). Cantidad y calidad del ejercicio para desarrollar y mantener la aptitud cardiorrespiratoria, musculoesquelética y neuromotora en adultos aparentemente sanos:

- Guía para la prescripción de ejercicio. *Medicina y Ciencia en el Deporte y el Ejercicio*, 43(7), 1334-1359. <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>
- Galarza Guerrero, M. G. (2023). Factores motivacionales que inciden en la práctica de ejercicio físico en mujeres adultas entre 50 y 60 años: revisión sistemática. *GADE: Revista Científica*, 3(2), 126-144. <https://doi.org/10.63549/rg.v3i2.217>
- Gibson, A., Wagner, D., & Heyward, V. (2024). *Advanced fitness assessment and exercise prescription*. Human kinetics.
- Harridge, S., & Lazarus, N. (2017). Physical activity, aging, and physiological function. *Physiology*, 32(2), 152-161. 10.1152/physiol.00029.2016
- Instituto Nacional de Geriátría (2020). Guía de instrumentos para la evaluación geriátrica integral. <https://www.gob.mx/inger/documentos/guia-de-instrumentos-de-evaluacion-geriatrica-integral>
- Izquierdo, M., Morley., & Lucía, A. (2020). Ejercicio en personas mayores de 85 años *BMJ*, 368 (2020), 402. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m402>
- Izquierdo, M., Merchant, R., Morley, J., Anker, S., Aprahamian, I., Arai, H. & Singh, M. (2021). International exercise recommendations in older adults (ICFSR): expert consensus guidelines. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(7), 824-853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
- Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., de Asteasu, M. L. S., Lucia, A., Galbete, A., ... & Izquierdo, M. (2019). Effect of exercise intervention on functional decline in very elderly patients during acute hospitalization: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 179(1), 28-36. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4869>
- Robinson, M. M., Dasari, S., Konopka, A. R., Johnson, M. L., Manjunatha, S., Esponda, R. R., Carter, R. E., Lanza, I. R., & Nair, K. S. (2017). Enhanced Protein Translation Underlies Improved Metabolic and Physical Adaptations to Different Exercise Training Modes in Young and Old Humans. *Cell metabolism*, 25(3), 581-592. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2017.02.009>
- Mendes, M., Da Silva, I., Ramires, V., Reichert, F., Martins, R., Ferreira, R., & Tomasi, E. (2018). Metabolic equivalent of task (METs) thresholds as an indicator of physical activity intensity. *PloS one*, 13(7), e0200701.

- Mendola, N. (2025). Exercise evolved: Exciting new updates in ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 12th edition. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 29(2), 44–47. <https://doi.org/10.1249/fit.0000000000001036>
- Montero-Odasso, M. M., Kamkar, N., Pieruccini-Faria, F., Osman, A., Sarquis-Adamson, Y., Close, J., Hogan, D. B., Hunter, S. W., Kenny, R. A., Lipsitz, L. A., Lord, S. R., Madden, K. M., Petrovic, M., Ryg, J., Speechley, M., Sultana, M., Tan, M. P., van der Velde, N., Verghese, J., Masud, T., ... Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2021). Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA network open*, 4(12), e2138911. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38911>
- Moreno Murcia, J. A., Martínez Galindo, C., González-Cutre Coll, D., & Cervelló Gimeno, E. (2008). Motivación hacia la práctica físico-deportiva en personas mayores. En *Atividade física e envelhecimento saudável*. Eds. E.H. Martin and S. RGD (Rio de Janeiro: Shape), (153-169).
- Ozemek, C., Bonikowske, A., Christle, J., & Gallo, P. (2025). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, O. J., Tsakirides, C., Gray, M., & Stavropoulos-Kalinoglou, A. (2019). ACSM Preparticipation Health Screening Guidelines: A UK University Cohort Perspective. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(5), 1047–1054. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001868>
- Reyes-Rincón, Hannia, & Campos-Uscanga, Yolanda. (2020). Health benefits of green physical activity for older adults. *Ene*, 14(2), 14207. Epub 25 de enero de 2021. Recuperado en 28 de junio de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200007&lng=es&tlng=en.
- Reynaga-Estrada, P., García-Santana, J., Jáuregui-Ulloa, E., Colunga-Rodríguez, C., Carrera, G. y Cabrera, J. (2017). Motivación al deporte en adultos y personas mayores que practican cachibol. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 17(2), pp. 15-26. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v17n2/monografico1.pdf>
- Tomala, J.E. (2020). Beneficios de las actividades lúdicas en adultos mayores: beneficios de las actividades lúdicas en adultos mayores. UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria,

- 4(1), 169-178. <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v4.n1.2020.217>
- United Nations. (s/f). Envejecimiento | Naciones Unidas. Recuperado el 12 de junio de 2025, de <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Whitfield, G. P., Riebe, D., Magal, M., & Liguori, G. (2017). Applying the ACSM Preparticipation Screening Algorithm to U.S. Adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2004. *Medicine and science in sports and exercise*, 49(10), 2056-2063. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001331>
- World Health Organization. (2021). *Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios*. NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581972/>

Capítulo 7. Depresión y función cognitiva en personas mayores con enfermedades crónicas

DANIEL CARLIN GUERRERO
KARLA IRIS CUEVAS MARTÍNEZ
YOLANDA BOTELLO MORENO
FRANCISCA RODRÍGUEZ ESPINOZA
MARISOL VARGAS HINOJOSA

Introducción

Recientemente diversos países del mundo, incluidos México experimentan cambios en la distribución de la población, con un incremento del número de personas de 60 años o más (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Hasta el 2020 en el mundo había 1000 millones de personas de 60 años o más (OMS, 2023a). Por otra parte, en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo se calcula que habitan 17 958 707 personas mayores (PM), lo que representa el 14% de la población total (Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática [INEGI], 2023).

El incremento de PM ha transformado las necesidades de salud, ya que durante el envejecimiento ocurren cambios en la función física y mental, lo que incrementa el riesgo de desarrollar múltiples enfermedades crónicas (OMS, 2024). Aunado a esto, las PM también atraviesan por cambios psicosociales importantes, por ejemplo, la jubilación, la pérdida de amigos o familiares cercanos y los hijos se van de casa (Morán, 2023). Aunque algunas PM se adaptan a los cambios físicos y psicosociales por el proceso de envejecimiento, otras pueden reaccionar de manera negativa y llevarlos a estados depresivos (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019).

La depresión es un problema común en las PM, que se caracteriza por dejar de participar en actividades que antes le parecían agradables, sentimientos de tristeza, desesperanza, fatiga, problemas de concentración, memoria, insomnio y pensamientos de muerte o suicidio (Instituto Nacional sobre Envejecimiento [NIH], por sus siglas en inglés,

2022; OMS, 2023b). A pesar de que la depresión es un problema común en las PM, es difícil identificarla debido a que los síntomas depresivos que presentan las PM son diferentes a los de otros grupos de edad, ya que el síntoma principal no es la tristeza, si no el desinterés por actividades que antes le gustaba hacer y le parecían divertidas, cambios en el apetito o pérdida de peso (Instituto Nacional de Salud Mental, s.f.).

Las PM con una enfermedad crónica tienen mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, pueden sentirse tristes o desanimados al recibir el diagnóstico médico, por otra parte, las personas que ya viven con una enfermedad crónica pueden estar preocupados por el tratamiento y por su estado de salud a futuro, además de enfrentar problemas para moverse, hacer actividades domésticas o desplazarse fuera de su hogar (Instituto Nacional de Geriátrica [INGER], 2021; Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH], 2021).

De acuerdo con datos de la OMS (2023b) aproximadamente el 5.7% de las personas ≥ 60 años tienen depresión y en México para el 2021, aproximadamente el 35.5% de las PM tienen trastorno depresivo, además el 25.3% de las personas de 53 años y más refiere síntomas depresivos en los últimos siete días, siendo los síntomas más frecuentes el cansancio, la tristeza y los problemas del sueño (INEGI, 2023). En Tamaulipas el 30.6% de las PM tienen probable depresión y el 26.5% depresión establecida (Durán-Badillo et al., 2021).

Resulta importante identificar estados depresivos en las PM, ya que los síntomas emocionales pueden tener un efecto negativo sobre la función cognitiva, específicamente un bajo rendimiento en los dominios cognitivos visuoespacial, identificación, atención, abstracción y recuerdo en personas con depresión establecida (Rodríguez-Vargas et al., 2021). De acuerdo con un estudio se encontró que el 55% de personas de las PM con diagnóstico de trastorno depresivo desarrollan posteriormente deterioro de la función cognitiva (Parada et al., 2022). De igual modo, Rodríguez-Vargas et al. (2021) encontraron que las PM con depresión tienen puntuaciones más bajas en dominios cognitivos de abstracción, recuerdo diferido y atención que las PM sin depresión.

Por lo anterior, es importante desarrollar estudios que identifiquen de manera oportuna problemas de depresión y deterioro cognitivo en las PM con enfermedades crónicas (Asociación Americana de Psicología, 2022). Los profesionales de enfermería pueden beneficiarse de los resultados, debido que, al ser el personal de primer contacto en las diversas instituciones de salud, tienen la oportunidad de evaluar e

identificar la coexistencia de estados depresivos y deterioro cognitivo en las PM con enfermedades crónicas, canalizar a psicología o Geriatria a quienes requieran seguimiento y evitar que estos avancen a estados de salud más complejos, como por ejemplo la demencia. De acuerdo con lo anterior se planteó el siguiente objetivo de estudio, conocer la relación de la depresión y la función cognitiva en PM con enfermedades crónicas.

Metodología

Se trata de un estudio correlacional descriptivo de alcance transversal (Grove & Gray, 2019). La población se conformó por 58 748 personas de 60 años o más de Nuevo Laredo, Tamaulipas (Instituto Nacional Electoral, 2023). La muestra se calculó para un 90% de confianza y margen de error de 10%, para un total de 76 participantes. El muestreo fue consecutivo, debido a que se incluyeron a todas las personas elegibles que asistieron a los sitios de recolección durante un periodo de cuatro semanas.

Se incluyeron personas de 60 años o más con alguna enfermedad crónica, que estuvieran orientados en sus tres esferas (persona, tiempo y espacio), lo cual se verificó preguntando el nombre completo, fecha y lugar y que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron PM con problemas visuales o con alguna enfermedad neurológica (Alzheimer o demencia) que les impidiera responder los cuestionarios.

Para medir las variables sociodemográficas se empleó una cédula de datos sobre edad, años de escolaridad, sexo, estado civil, enfermedades crónicas que padece y los años de diagnóstico.

Para medir la variable de depresión se utilizaron las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) desarrollada por et al. (1995). El DASS-21 consiste en 21 preguntas tipo Likert, cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta, en donde cero es no me ha ocurrido, 1 me ha ocurrido un poco, 2 me ha ocurrido bastante y 3 me ha ocurrido mucho. Para la presente investigación solo se consideraron las preguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21, que en conjunto integran la subescala de depresión. La puntuación total de la subescala de depresión se obtiene mediante una sumatoria, una puntuación de cero a cuatro indica ausencia de depresión y una puntuación igual o mayor a cinco indica algún grado de depresión (5-6, leve; 7-10 moderada, 11-13, severa y 14 puntos o más extremadamente severa. La escala DASS-21 y subescala de depresión reportan una confiabilidad aceptable ($\alpha = .95$ y $.88$, res-

pectivamente) en población adulta (Orellana & Orellana, 2021). El alfa de Cronbach para la subescala de depresión en este estudio fue de .90.

Para la variable función cognitiva se utilizó la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) versión 8.1 en español, elaborada por Nasreddine et al. (2005), la cual consiste en 30 preguntas que evalúan las dimensiones visuoespacial y ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación. La dimensión visuoespacial/ejecutiva tiene una puntuación máxima de cinco puntos y el participante debe realizar tres actividades; la primera es trazar una línea alternando entre números y letras (se da un punto si la línea realizada por el paciente sigue la secuencia 1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E), la segunda consiste en copiar un cubo tridimensional (se da un punto si el cubo es tridimensional, tiene todas las líneas y no se agregan líneas de más) y la tercera es dibujar un reloj que indique las once y diez (se suma un punto por cada criterio; si el contorno es un círculo, si aparecen todos los números en el orden correcto y si las manecillas marcan la hora indicada y se distingue claramente que la manecilla de la hora es más pequeña).

El dominio de identificación tiene una puntuación máxima de tres puntos, el examinador muestra una hoja con tres dibujos de animales y el participante debe mencionar el nombre de cada uno (se da un punto por cada animal que identifique correctamente). Para la dimensión de memoria a corto plazo el examinador lee una lista de palabras y el paciente debe repetirlas (no se asigna puntuación). La dimensión de atención tiene una puntuación máxima de seis puntos y consiste en que el paciente repita dos series de números una en el mismo orden en que se lee y otra en orden inverso (se da un punto por cada serie correcta), después se pide dar un golpe con la mano cada vez que el examinador mencione la letra A (se da un punto si no se comete más de un error) y finalmente se pide restar en secuencia de siete a partir del número 100 (4-5 restas correctas= 3 puntos, 2-3 restas correctas= 2 puntos, 1 resta correcta= 1 punto, 0 restas correctas= 0 puntos) . En el dominio de lenguaje la puntuación máxima es tres, el participante debe repetir dos oraciones leídas por el entrevistador y durante un minuto mencionar todas las palabras que inicien con la letra P (se asigna 1 punto por cada frase correcta y si menciona más de 11 palabras se suma un punto). En abstracción la puntuación máxima es de dos puntos, se leen dos palabras y el participante debe establecer la relación entre ellas, por ejemplo, naranja-manzana= fruta (se asigna 1 punto por cada correcta). El recuerdo diferido tiene una puntuación máxima de cinco y se evalúa

mediante el recuerdo de la lista de palabras leídas por el examinador en la dimensión de memoria a corto plazo, sin dar pistas (se da un punto por cada palabra correcta). Para el dominio de orientación el paciente debe mencionar el día del mes, año, día de la semana y localidad actual (se asigna un punto por cada respuesta correcta). La puntuación total del MoCA calcula mediante la suma de los puntos obtenidos en cada dominio y de acuerdo con los puntos de corte, una puntuación de 0 a 25 puntos se considera probable deterioro cognitivo y de 26 a 30 puntos normal, en personas con 12 años o menos de escolaridad se suma un punto a la calificación total.

El estudio se aprobó por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo (UAT-FENL-CEI-L022), así como de los centros comerciales y parroquias de la localidad en donde se abordó a los participantes. Posteriormente los investigadores asistieron durante un periodo de cuatro semanas a los sitios seleccionados, en donde se colocó una mesa y una cartulina alusiva al estudio. A las personas que se acercaron al módulo se les invitó a participar en el estudio, se explicó el objetivo y el tiempo aproximado de su participación. Las PM que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado. Después se solicitó a las PM responder la cédula de datos personales y DASS-21, al finalizar los investigadores aplicaron la evaluación MoCA, lo cual llevó aproximadamente 15 minutos. Al finalizar, se agradeció a las PM por su participación en el estudio y se ofreció la toma de presión arterial y glicemia capilar.

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Los investigadores en todo momento se dirigieron a las PM por su nombre, fueron tratados por igual y se protegió su bienestar ubicándolos en un lugar seguro y se respetó la decisión de participar o no participar en la investigación (Artículo 13). Se hizo entrega por escrito del consentimiento informado (Artículo 20, 21 y 22) y se preservó la privacidad de las PM a través de la asignación de folios a las encuestas (Artículo 16).

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) versión 20, se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. Para responder al objetivo general y en función de la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p < .05$) se calculó el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Para las características sociodemográficas de los participantes, se encontró que las PM tenían en promedio 67.24 ($DE= 5.86$) años y 7.91 ($DE= 5.56$) años de educación formal. Predominaron las mujeres con un 53.9% y de acuerdo con el estado civil el 52.6% eran casadas y el 25% viudas. La enfermedad crónica más frecuente fue la hipertensión arterial con un 48.7% y el 23.7% tenían hipertensión arterial y diabetes (ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las PM con enfermedades crónicas

		f	%
Sexo	Femenino	41	53.9
	Masculino	35	46.1
Estado Civil	Soltero	15	19.7
	Casado	40	52.6
	Viudo	19	25.0
	Divorciado	2	2.6
	Otros	1	1.3
Enfermedades crónicas	Diabetes tipo 2	17	22.4
	Hipertensión arterial	37	48.7
	Diabetes e hipertensión	18	23.7
	Otras	4	5.2

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje

Por otra parte, el promedio de años de diagnóstico con la enfermedad crónica fue de 11.22 ($DE= 9.70$), con una mediana de 8.5 años, valor mínimo de uno y máximo de 60.

Para la subescala de depresión (DASS-21) se encontró una puntuación promedio de 4.39 puntos ($DE= 4.77$), con una mediana de 3.50, valor mínimo de cero y máximo de 21. En la tabla 2 se muestra que, de acuerdo con los puntos de corte de la subescala de depresión, el 39.5% de las PM con enfermedades crónicas presento algún grado de depresión y predominó la depresión moderada con un 22.4%.

Tabla 2. Depresión de las PM con enfermedades crónicas

	f	%
Sin depresión	46	60.5
Leve	7	9.2
Moderada	17	22.4
Severa	1	1.3

	f	%
Extremadamente severa	5	6.6

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje

La media para la evaluación MoCA fue de 18.74 puntos ($DE= 5.74$), con una mediana de 18, valor mínimo de seis y máximo de 30. De acuerdo con los puntos de corte para el MoCA en la tabla 3 se identifica que el 88.2% de las PM con enfermedades crónicas tienen probable deterioro cognitivo.

Tabla 3. Función cognitiva de las PM con enfermedades crónicas

	f	%
Normal	9	11.8
Probable deterioro cognitivo	67	88.2

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje.

Finalmente, se observó que la depresión y la función cognitiva en las PM con enfermedades crónicas no mostraron una relación significativa.

Tabla 4. Correlación de Spearman de la puntuación del MoCA y subescala de depresión

	Puntuación MoCA
Puntuación depresión	$r=-.060(p=.635)$

Nota: * $p< .05$.

Discusión

Las PM tenían en promedio 67 años y 8 años de escolaridad, la mayoría eran mujeres y estaban casadas. Estos datos son similares a lo reportado en otros estudios en PM (Durán-Badillo et al., 2021; Leitón et al., 2021; Nanguce & Sierra, 2024).

Los participantes tenían en promedio 11 años de diagnóstico con la enfermedad crónica y las de mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2. Este dato es consistente con los resultados de la Encuesta sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2021), que indica que las enfermedades más frecuentes en las personas de 53 años y son la hipertensión arterial y la diabetes. Este resultado es

preocupante ya que la hipertensión arterial es un factor de riesgo importantes para las enfermedades cardiovasculares y renales en las PM y el encontrar un promedio de 11 años de diagnóstico, sugiere que es fundamental implementar estrategias de manejo y control efectivas para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Para la depresión se evidenció que un porcentaje importante de las PM tenían algún grado de depresión y la que más predominó fue la depresión moderada. Este hallazgo fue menor a los resultados de Durán-Badillo et al. (2021), que reportan que más de la mitad de las PM tenían algún grado de depresión. Estas diferencias pueden deberse a que a diferencia del presente estudio las PM estaban hospitalizadas al momento de la recolección de datos, además de que se emplearon instrumentos diferentes para medir la depresión. A pesar de estas diferencias resulta importante destacar que la depresión es un problema común en las PM, que debe identificarse ya que puede afectar el bienestar físico de este grupo poblacional.

Respecto a la función cognitiva de las PM con enfermedades crónicas, se encontró un alto porcentaje de probable deterioro cognitivo. Este resultado es superior a lo reportado por Pérez-García et al. (2023) quienes encontraron que un poco más de mitad de las PM tenían probable deterioro cognitivo. Sin embargo, este resultado es similar al estudio de Salazar-Barajas et al. (2020) quienes reportan una prevalencia similar de probable deterioro cognitivo en PM con enfermedades crónicas. Lo que puede indicar que las PM con enfermedades crónicas reportan una prevalencia superior de deterioro cognitivo que las PM sin enfermedades crónicas. Estos resultados son relevantes, ya que es fundamental que los profesionales de salud promuevan actividades de estimulación cognitiva en las PM, especialmente en las que tienen alguna enfermedad crónica, ya que estas técnicas pueden mejorar la función cognitiva y ayudan a retrasar la aparición de estados más severos como la demencia.

Finalmente, no se encontró relación entre la depresión y función cognitiva de las PM con enfermedades crónicas. Esto es diferente a lo reportado por Rodríguez-Vargas et al. (2021), quienes encontraron que las PM con depresión tienen puntuaciones menores en la evaluación MoCA que las PM sin depresión. Así mismo difiere con Guillen et al. (2022) y Camacho y Galán (2021) quienes encontraron que la depresión se asocia al deterioro cognitivo. Esto puede explicarse a que en los estudios anteriores utilizaron herramientas más específicas para

medir la depresión y que las PM se encontraban institucionalizadas al momento del estudio. A pesar de esto, los hallazgos que la depresión y el deterioro cognitivo son problemas de salud que prevalecen en las PM y que deben identificarse de manera oportuna.

La principal limitación de la investigación fue el empleo de un muestreo no probabilístico, lo que no permite generalizar los resultados, así como el tamaño de la muestra. Para estudios posteriores se recomienda incrementar el número de muestra, así como emplear instrumentos más específicos para medir la depresión, por ejemplo, la Escala Geriátrica de Depresión o la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Además, cuando se utilice la evaluación MoCA para evaluar la función cognitiva, considerar un lugar tranquilo, sin distractores para su aplicación, ya que esto podría afectar el desempeño de las PM al momento de realizar las actividades del instrumento.

Conclusiones

Las PM se caracterizaron por ser mujeres, casadas, con escolaridad promedio de ocho años y con edad promedio de 67 años. La enfermedad crónica más frecuente en las PM fue la hipertensión arterial, con un promedio de 11 años de diagnóstico.

La mayoría de las PM no tenían síntomas depresivos, sin embargo, esta problemática de salud continúa afectando a este grupo etario. Un dato relevante es que una gran proporción de las PM tenían probable deterioro cognitivo, por lo que el personal de salud debe de tomar medidas considerables sobre la promoción de la salud cognitiva de las PM.

Aunque no se encontró una relación entre la depresión y función cognitiva se recomienda seguir estudiando estas variables en PM con enfermedades crónicas, de manera que se obtenga un panorama más completo del estado de salud físico y psicosocial y así tener herramientas suficientes para preservar la calidad de vida, la autonomía funcional y el bienestar integral de las PM.

Referencias

Asociación Americana de Psicología (2022, julio). *Cómo prevenir la depresión a medida que envejecemos*. <https://www.apa.org/topics/aging-older-adults/depression>

- Camacho, J. A., & Galán, J. M. (2021). La relación entre depresión y deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas. *Revista Psicología: Teoría e Pesquisa*, 37. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Durán-Badillo, T., Benítez, V. A., Martínez, M. L., Gutiérrez, G., Herrera, L., & Salazar, M.E. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(61), 267-284. <https://dx.doi.org/10.6018/global.422641>
- Grove, S., & Gray, J. (2019). Introducción a los diseños de investigación cuantitativa. En S. Grove & J. Gray (Eds.), *Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7ª. ed., pp. 207-208). ELSEVIER.
- Guillén, J., Neyra, C. D. Runzer, F., & Gutiérrez, E. (2022). Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Revista Finlay. Revista de Enfermedades no transmisibles*, 12(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300262
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023, 6 de julio). *Encuesta nacional sobre la salud y el envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva 2021* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- Instituto Nacional de Geriátrica (2021, agosto-septiembre). Depresión. *Boletín semestral, número 2*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813607/Boletin-2021-02_Interactivo.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019, julio). *Cambios psicosociales del envejecimiento*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2021). *Las enfermedades crónicas y la salud mental, como reconocer y tratar la depresión*. <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-01/enfermedades-cronicas-salud-mental-como-reconocer-tratar-depresion.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2024). *Depresión*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
- Instituto Nacional Electoral (2023). *Lista Nominal de Nuevo Laredo Tamaulipas a diciembre de 2023*. <https://telencuestas.com/censos-electorales/mexico/tamaulipas/nuevo-laredo>
- Instituto Nacional sobre Envejecimiento (2024). *Cómo comprender la relación entre las enfermedades crónicas y la depresión*. <https://www.>

- nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion?fbclid=IwY2xjawlW8BpleHRuA2FlbQIxMAABHeNeoLnzGnYe uKuMcUL3nLN3f3Kdd1_VY6Lc6FNg_kIYKDwgxUE2urn6yg_aem_GvK4Bsrbe4IK-A6jTHXTPQ
- Leitón, Z. E., Fajardo, E., & Henao, A. M. (2021). Participación social y capacidad cognitiva del adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Norte*, 37(2), 316-328. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.9>
- Lovibond, S., Lovibond, P., Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual para las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés 2*. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Morán, L. (2023, agosto). Los retos del envejecimiento poblacional. *Ciencia UNAM*. <https://ciencia.unam.mx/leer/1441/los-retos-del-envejecimiento-poblacional>
- Nanguce López, M., & Sierra Ramírez, J. A. (2024). Funcionalidad y depresión en adultos mayores con diabetes. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 5(1), 378-391 <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i1.101>
- Nasreddine, N. (2005). La evaluación cognitiva de Montreal MoCA: una breve herramienta de detección del deterioro cognitivo leve. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Orellana, C. I., & Orellana, L. M. (2021). Propiedades psicométricas de la escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría y praxis*, (38), 45-54. <https://doi.org/10.5377/typ.v1i38.13667>
- Organización Mundial de la Salud (2024, octubre). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2023a). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Organización mundial de la salud (OMS, 2023b). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parada, K., Guapisaca, J. F., & Bueno, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

- Pérez-García, L., Herrera-González, N., Herrera-Olvera, I. G., Guerrero-González, A. L., & Albavera-Muñoz, E. A. (2023). Deterioro cognitivo y fragilidad física en adultos mayores de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl. *Revista Clínica Mexiquense*, 2(1), 9-12. <https://revistaisem.edomex.gob.mx/index.php/inveclimex/article/view/129>
- Rodríguez-Vargas, M., Rojas-Pupo, L. L., Pérez-Solís, D., Marrero-Pérez, Y. Gallardo-Morales, I., & Durán-Cordovés, L. (2021). Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. *Revista Archivo Medico de Camagüey*, 25(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000500004
- Salazar-Barajas, M. E., Herrera-Herrera, J. L., Ruiz Cerino, J. M., Guerra Ordoñez, J. A., & Duran-Badillo, T. (2020). Función sensorial y cognición en adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista Horizonte Sanitario*, 20(1), 89-94. DOI: 10.19136/hs.a20n1.3921

Capítulo 8. Calidad de vida de personas mayores pertenecientes a familias transnacionales de la huasteca potosina

ERIKA ADRIANA TORRES HERNÁNDEZ
ANAHÍ LIZBETH HERNÁNDEZ TOMÁS
OSCAR FERNÁNDEZ PÉREZ TEJADA
CAROLINA ORTEGA OLVERA

Introducción

La migración internacional ha adquirido una complejidad creciente en las últimas décadas, con efectos significativos sobre las estructuras familiares y las dinámicas sociales en los países de origen, como es el caso de México. En 2024 se registraron más de 281 millones de personas migrantes en el mundo (McAuliffe, 2024), y México se posicionó como el segundo país con mayor volumen de población migrante internacional, con una marcada orientación hacia Estados Unidos (INEGI, 2020). A nivel estatal, San Luis Potosí figura entre las entidades federativas con mayor intensidad migratoria, destacando la región Huasteca como una de las más impactadas (INEGI, 2020). En esta zona, la migración ha modificado los modelos tradicionales de organización familiar y de cuidado, dejando a un número considerable de personas mayores en situación de cuidado autónomo o como responsables del hogar.

En este contexto surgen las denominadas familias transnacionales, caracterizadas por mantener vínculos sociales, económicos y afectivos a través de fronteras geográficas (Montes de Oca & Sáenz, 2012). Esta configuración familiar ha transformado las dinámicas de cuidado, apoyo y convivencia intergeneracional, afectando especialmente a las personas mayores que permanecen en las comunidades de origen mientras otros integrantes de la familia migran (CONAPO, 2020). Estas transformaciones generan nuevas realidades que influyen en el bienestar y en la calidad de vida de este grupo poblacional.

La calidad de vida en la vejez es un indicador esencial en los ámbitos de la salud pública y la enfermería, y se conceptualiza como un constructo multidimensional que incluye aspectos físicos, emocionales, sociales y económicos (OMS, 2020). En escenarios de migración internacional, dicha calidad de vida puede verse influida de manera positiva —a través del envío de remesas que mejoran las condiciones materiales y el acceso a servicios de salud—, pero también de forma negativa, mediante la disminución del acompañamiento familiar, el aislamiento social o la sobrecarga de responsabilidades. Estas tensiones adquieren particular relevancia en regiones rurales e indígenas como la Huasteca Potosina, donde los vínculos comunitarios e intergeneracionales son fundamentales para el bienestar de las personas mayores.

Desde la perspectiva de enfermería, resulta prioritario identificar y medir de forma objetiva los factores que inciden en la calidad de vida de las personas mayores en contextos de migración, a fin de fundamentar intervenciones culturalmente pertinentes (Spector, 1999) que promuevan el envejecimiento saludable. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida de personas mayores pertenecientes a familias transnacionales en la Huasteca Potosina, y establecer relaciones entre ésta y variables sociodemográficas ante la presencia o ausencia de redes familiares de apoyo. Los hallazgos permitirán generar evidencia para la planificación de estrategias de atención gerontológica con enfoque comunitario, que contribuyan al mejoramiento del bienestar físico, emocional y social de este grupo poblacional vulnerable.

Metodología

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal, donde la población estuvo constituida por personas mayores habitantes de una localidad del municipio de Matlapa, San Luis Potosí, México; la muestra se conformó por 36 personas mayores bajo un muestreo por conveniencia a partir del cumplimiento de los criterios de inclusión tales como: formar parte de una red migrante y sin deterioro cognitivo; fueron excluidas aquellas personas mayores que tuvieran un deterioro cognitivo de moderado a grave o con algún tipo de demencia, con problemas de visión o audición que dificultaran la aplicación de los instrumentos de evaluación; fueron eliminadas aquellas personas mayores que decidieron no continuar con el estudio o de quienes se tuviera información incompleta en los instrumentos de evaluación.

Los instrumentos utilizados fueron: 1) el cuestionario de memoria acortado SPMSQ-E. PFEIFFER (Martínez de la Iglesia et al., 2001), instrumento adaptado y validado por Martínez y Cols. 2) Cuestionario de datos sociodemográficos, de elaboración propia, con 24 reactivos en total y conformado por dos secciones: la primera para conocer los datos sociodemográficos generales del participante y la segunda sección para identificar las redes migrantes y acercamiento con la familia transnacional. 3) El cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2004) adaptado y validado por el centro WHOQOL de Barcelona España (Espinoza et al., 2011)

El tratamiento estadístico, se efectuó con apoyo del paquete estadístico SPSS versión 18; para analizar el nivel de calidad de vida se describieron los resultados a partir de frecuencias y se establecieron las ponderaciones de acuerdo con las categorías preestablecidas así como las recategorizaciones sugeridas por los mismos instrumentos. Las variables sociodemográficas se reportaron a partir de las medidas de tendencia central y frecuencia según fuera el caso. En relación con el análisis inferencial, entre las variables de calidad de vida y factores sociodemográficos y de migración, se aplicó la prueba de Fisher, para establecer la asociación de frecuencias, tomando como asociación significativa el valor menor a 0.05.

Esta investigación se apegó a las consideraciones ético – legales que se enuncian en el Código de Helsinki (Asamblea Médica Mundial Helsinki, 2013), así como los artículos relacionados a investigación que se especifican en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014) . Cuenta con el aval del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí bajo el número de registro: CEIFE: 2021-403. Se considera una investigación sin riesgo dado que no se emplearon intervenciones o modificación de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).

Se manifiesta que no existe ningún tipo de conflicto de interés económico, personal ni profesional entre los autores del trabajo; así mismo se señala que la investigación no recibió financiamiento alguno. Los involucrados en este documento han participado en la concepción y diseño del estudio, recolección, análisis e interpretación de los datos, la redacción del artículo, así como la aprobación de la versión final del mismo.

Resultados

Se realizó el estudio con personas mayores en la comunidad de Zacayo Matlapa S.L.P., lugar donde se cuenta con un listado de 92 adultos mayores dentro de la comunidad, datos otorgados por parte de las autoridades, de ellos 54 adultos mayores con familia migrante.

De los 54 participantes que cumplieron con el criterio de inclusión de contar con una familia migrante, aceptaron participar en el estudio solamente 47 adultos mayores, a los que se les realizó el cuestionario de memoria acortado – SPMSQ-E. PFEIFFER como parte de los criterios de inclusión, dando un total de 11 participantes que no cumplieron con el criterio de contar con funcionamiento cognitivo intacto, quedando una muestra final de 36 participantes.

A los participantes incluidos en la muestra final, se les aplicaron 2 cuestionarios: el cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario de calidad de vida.

Datos sociodemográficos

En lo que respecta a las variables sociodemográficas (ver tabla 1) la media de edad de los participantes adultos mayores fue de 71.8 años, con una mínima y máxima de entre 62 y 88 años, se observa que las edades con mayor concentración en ambos géneros se encuentran entre los 65 y 70 años, representando el 19.4% en el género masculino y el 27.7% en el femenino.

En cuanto al estado civil de los participantes: el 75.0% menciona ser casado con porcentajes similares para ambos géneros, sin embargo en aquellos que han enviudado se identifica mayor prevalencia en el género masculino siendo el 13.8% del total de la población contra el 8.3% femenino; al indagar sobre la ocupación, el 58.0% indicó que trabajan por cuenta propia (trabajo de campo) con mayor prevalencia en el género masculino siendo el 50.0% del total, el 36.1% se dedica a las labores del hogar representado únicamente por el género femenino y sólo el 5.6% es empleado representado por el género masculino.

Respecto al nivel de estudios, el 30.6% del total no cuenta con estudios; para el género masculino el nivel más alto de estudios es la primaria terminada y para el género femenino es el nivel secundaria. En cuanto al familiar migrante más importante para el adulto mayor el 94.4% afirma tratarse de algún hijo, sin embargo, al hablar de remesas

solo el 41.7% de los adultos las reciben donde el 16.7% lo hace anualmente, seguido de un 13.9% que lo hace mensualmente.

Se menciona que para el adulto mayor la persona migrante más importante dentro de su red familiar es uno de sus hijos; respecto a éstos (ver tabla 2) se encontró que la media de su edad actual es de 38 años, con un mínimo y un máximo de 22 y 57 años y una desviación estándar de 8.331. En relación con la edad que tenía la persona al migrar, la media es de 18.12 años, con un máximo y un mínimo de entre 12 y 32 años. De acuerdo con el motivo de migración el 100.00% de los participantes menciona la búsqueda de trabajo como la principal causa de migración.

Al preguntar si su familiar había migrado de manera documentada, el 75.00% mencionó que sí y solo el 25.00% de las personas afirma haber migrado de manera no documentada.

Tabla 1 Datos sociodemográficos de las personas mayores participantes, Matlapa S.L.P febrero 2022

<i>Variables sociodemográficas</i>	<i>Género</i>					
	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Total</i>	
	<i>n°</i>	<i>%</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>
Edad						
60-65	1	2.77	2	5.55	3	8.30
66-70	7	19.44	10	27.77	17	47.70
71-75	3	8.33	2	5.55	5	13.90
76-80	4	11.11	0	0.00	4	11.10
81-85	2	5.55	1	2.77	3	8.30
86-90	2	5.55	0	0.00	2	5.60
No saben	1	2.77	1	2.77	2	5.60
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Estado civil						
Casado	14	38.88	13	36.11	27	75.00
Divorciado	1	2.77	0	0.00	1	2.80
Viudo	5	13.88	3	8.33	8	22.20
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Ocupación						
Labores del hogar	0	0.00	13	36.11	13	36.10
Empleado	2	5.55	0	0.00	2	5.60
Trabaja por cuenta propia	18	50.00	3	8.33	21	58.30
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Nivel de estudios						
Sin estudios (analfabeta)	5	13.88	6	16.66	11	30.60
Sabe leer y/o escribir	5	13.88	4	11.11	9	25.00

<i>Variables sociodemográficas</i>	<i>Género</i>					
	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Total</i>	
	<i>n°</i>	<i>%</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>
Primaria completa	5	13.88	1	2.77	6	16.70
Primaria incompleta	5	13.88	3	8.33	8	22.20
Secundaria	0	0.00	2	5.55	2	5.60
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Convivientes						
Solo	4	11.11	2	5.55	6	16.70
Con su esposo/a o compañero/a	9	25.00	11	30.55	20	55.60
Con uno o más hijos casados	6	16.66	3	8.33	9	25.00
Con uno o más hijos solteros	1	2.77	0	0.00	1	2.80
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Familiar migrante más importante						
Hijo	19	52.7	15	41.66	34	94.40
Nieto	0	0.00	1	2.77	1	2.80
Otro	1	2.77	0	0.00	1	2.80
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Recibo de remesas						
Si	8	2.22	7	19.44	15	41.70
No	12	33.33	9	25.00	21	58.30
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00
Frecuencia de recibo de remesas						
Mensual	2	5.55	3	8.33	5	13.90
Bimestral	1	2.77	0	0.00	1	2.80
Trimestral	0	0.00	1	2.77	1	2.80
Semestral	0	0.00	2	5.55	2	5.60
Anual	5	13.88	1	2.77	6	16.70
No recibe remesas	12	33.33	9	25.00	21	58.30
Total	20	55.55	16	44.44	36	100.00

Fuente directa: Instrumento de datos sociodemográficos. n=36

De igual manera se indagó respecto al tiempo que la persona migrante tiene residiendo en el lugar al que migró, la media fue de 18.15 años, con un compendio de entre 2 y 41 años de residencia, el 19.4% tiene entre 16 y 20 años de residencia, con el mismo porcentaje se encuentran aquellos que tienen entre 21 y 25 años de residencia, solo el 2.80% tiene más de 41 años de residencia y el 8.3% de los participantes desconocen el tiempo que tienen sus familiares migrantes residiendo en el lugar al que migraron.

Con respecto a la comunicación con sus familiares migrantes, el 75.0% menciona comunicarse de manera frecuente con sus familiares, sin embargo, el 25.0% de los adultos mayores participantes no tienen

ningún tipo de comunicación con sus familiares desde que se fueron. Del total de los participantes que se comunican con sus familiares migrantes, el 100.0% de ellos lo hace mediante llamada telefónica, aunado a esto, se encontró que el 40.7% de ellos lo hacen una vez por semana, el 7.40% de los participantes se comunican diario y el 25.9% lo hacen con otra frecuencia no descrita.

En cuestión a las visitas el 77.8% de ellos mencionaron que su familiar ha tenido oportunidad de regresar de manera voluntaria, por su parte el 22.2% de ellos no han podido regresar de manera voluntaria desde que se fueron. De aquellos que han tenido oportunidad de regresar de manera voluntaria, cuando lo hacen el 50.0% de los participantes mencionan que estas estancias duran algunas semanas y solo el 11.1% han llegado a tener estadías de años en la comunidad. Si bien el porcentaje de personas migrantes no documentadas representa el 25.0% de la muestra, el 100.0% afirma nunca haber sido deportado.

Calidad de vida

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores (ver tabla 3), al analizar cada una de las dimensiones, la dimensión relacionada con el medio ambiente se encontró que el 63.9% la califican como adecuada siendo de esta manera la más destacada en cuanto a puntuación; en contraste, se identificó que el área de las relaciones sociales es la más desprotegida, donde el 58.30% menciona una calidad de vida inadecuada dentro de esta área.

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de la persona migrante.
Matlapa S.L.P febrero 2022**

Variables	n°	%
Edad actual en años		
20-25	4	11.10
26-30	3	8.30
31-35	1	2.80
36-40	13	36.10
41-45	4	11.10
46-50	5	13.90
56-60	1	2.80
No sabe	5	13.90
Total	36	100.00
Edad al migrar		
10-15	10	27.80

CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES PERTENECIENTES A FAMILIAS...

Variables	n°	%
16-20	17	47.20
21-25	4	11.10
26-30	1	2.80
31-35	1	2.80
No sabe	3	8.30
Total	36	100.00
Situación documentada		
Si	27	75.00
No	9	25.00
Total	36	100.00
Tiempo de residencia en el lugar al que migró		
1-5	3	8.30
6-10	7	19.40
11-15	3	8.30
16-20	7	19.40
21-25	7	19.40
26-30	3	8.30
31-35	2	5.60
41-45	1	2.80
No sabe	3	8.35
Total	36	100.00
Mantiene comunicación con la persona migrante		
Si	27	75.00
No	9	25.00
Total	36	100.00
Frecuencia con la que se comunica		
Diario	2	5.60
Varias veces por semana	3	8.30
Una vez por semana	11	30.60
Varias veces al mes	2	5.60
Una vez al mes	2	5.60
Otros	7	19.40
No se comunican	9	25.00
Total	36	100.00
Oportunidad de regreso voluntario		
Si	28	77.80
No	8	22.20
Total	36	100.00
Duración de las estancias temporales		
Días	7	19.44
Semanas	18	50.00
Meses	1	2.77
Años	2	11.11
Total	28	100.00

Fuente directa: Instrumento de datos sociodemográficos n=36

Tabla 3. Calidad de vida por dimensiones en personas mayores participantes. Matlapa S.L.P. febrero 2022

<i>Variables</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>
Salud Física		
Adecuada	20	55.60
Inadecuada	16	44.40
Total	36	100.00
Salud Psicológica		
Adecuada	16	44.40
Inadecuada	20	55.60
Total	36	100.00
Relaciones Sociales		
Adecuada	15	41.70
Inadecuada	21	58.30
Total	36	100.00
Medio ambiente		
Adecuada	23	63.90
Inadecuada	13	36.10
Total	36	100.00

Fuente: Cuestionario de calidad de vida en adultos mayores (World Health Organization Quality of life, WHOQOL-OLD) OMS. n=36

Al analizar la puntuación total del cuestionario de calidad de vida (ver tabla 4) se observa que el 72.8% de los adultos mayores de la comunidad, mantienen una calidad de vida adecuada, mientras que solo el 27.2% consideran tener una calidad de vida inadecuada.

Tabla 4. Calidad de vida de personas mayores participantes. Matlapa S.L.P. febrero 2022

<i>Variables</i>	<i>n°</i>	<i>%</i>
Adecuada calidad de vida	26	72.20
Inadecuada calidad de vida	10	27.80

Fuente: Cuestionario de calidad de vida en adultos mayores (World Health Organization Quality of life, WHOQOL-OLD) OMS. n=36

En lo que respecta a la calidad de vida se realizó el cruce con variables sociodemográficas (ver tabla 5); una de ellas el género del adulto mayor, donde se encontró que, el género no marcó ninguna diferencia para la calidad de vida adecuada, puesto que para ambos el porcentaje fue de 36.1%, sin embargo en la inadecuada calidad de vida destaca el género masculino representando el 19.4% de la muestra. Al realizar la prueba estadística de Fisher con resultado de 0.456 se observa que no existe asociación significativa con ninguno de los géneros.

Al hacer el cruce de la variable de la edad del adulto mayor se identificó que aquellos que se encuentran en los grupos de 66-70 y 71-75 años son quienes tienen una calidad de vida adecuada representando el 64.7% de la muestra, mientras que los grupos de 60-65, 66-70, 76-80 son los que tienen mayor cantidad de adultos mayores con calidad de vida inadecuada con el 30.4%. Al realizar la prueba estadística se obtuvo un resultado de 0.329 de significancia en la que se puede observar que no existe asociación significativa con ningún grupo de edad.

Respecto a la variable de convivientes del adulto mayor, se puede resaltar que aquellos que viven con su pareja tienen una calidad de vida adecuada con mayor incidencia representando el 44.4% de la muestra, así mismo se observa que de aquellos que viven solos o con uno o más hijos casados tienen una relación 2:1 en cuanto a calidad de vida adecuada e inadecuada y aquellos con uno o más hijos solteros en su totalidad refieren calidad de vida inadecuada. Al someterse a la prueba estadística se obtuvo un resultado de 0.322 con el que se puede observar que no existe una asociación significativa con ninguno de los convivientes.

En el cruce de la variable sobre el envío de remesas se identificó que en aquellos que tienen una calidad de vida inadecuada no reciben apoyo por envío de remesas siendo el 19.4% de la muestra, contrario a lo que se puede analizar respecto a la calidad de vida adecuada ya que no existe gran diferencia entre aquellos que reciben o no remesas, lo cual se puede corroborar con la prueba estadística dando un resultado de 0.468, siendo este no significativo.

Por otra parte, se puede observar que el regreso voluntario de su familiar tiene impacto en la calidad de vida adecuada representando el 61.1% de la muestra, sin embargo, al realizar la prueba estadística de Fisher se puede observar un resultado de 0.179 el cual afirma que no es significativo.

Respecto a la variable nivel de estudio de los adultos mayores se pudo observar que aquellos adultos que saben leer o escribir representan el mayor porcentaje con una calidad de vida adecuada, en contraste aquellos adultos mayores que no cuentan con ningún tipo de preparación, quienes representan el mayor porcentaje de calidad de vida inadecuada con el 11.1% del total de la muestra, sin embargo, al realizar la prueba estadística se observa una significancia de 0.653, siendo esta una asociación no significativa.

Tabla 5. Relación de calidad de vida y datos sociodemográficos de migración de las personas mayores participantes Matlapa S.L.P. (febrero 2022)

Variables	Calidad de vida						Valor= p
	Adecuada		Inadecuada		Total		
	n°	%	n°	%	n°	%	
Género							
Masculino	13	36.11	7	19.44	20	55.55	0.456
Femenino	13	36.11	3	8.33	16	44.44	
Total	26	72.22	10	27.77	36	100.00	
Edad							
60 – 65	1	2.94	2	5.88	3	8.82	0.329
66 – 70	14	41.17	3	8.82	17	50.00	
71 – 75	4	11.76	1	2.94	5	14.70	
76 – 80	2	5.88	2	5.88	4	11.74	
81 – 85	2	5.88	1	2.94	3	8.82	
86 – 90	1	2.94	1	2.94	2	5.88	
No sabe	2	5.88	0	00.00	2	5.88	
Total	26	72.22	10	27.77	36	100.00	
Convivientes							
Solo	4	11.11	2	5.55	6	16.66	0.322
Con su esposo/a o compañero/a	16	44.44	4	11.11	20	55.55	
Con uno o más hijos casados	6	16.66	3	8.33	9	25.00	
Con uno o más hijos solteros	0	0.00	1	2.77	1	2.77	
Total	26	72.22	10	27.77	36	100.00	
Recibo de remesas							
Si	12	33.33	3	8.33	15	41.66	0.468
No	14	38.88	7	19.44	21	58.33	
Total	26	72.22	10	27.77	36	100.00	
Oportunidad de regreso de manera voluntaria							
Si	22	61.11	6	16.66	28	77.77	0.179
No	4	11.11	4	11.11	8	22.22	
Total	26	72.22	10	27.77	36	100.00	
Nivel de estudios del adulto mayor							
Sin estudios (analfabeta)	7	19.44	4	11.11	11	30.55	0.653
Sabe leer y/o escribir	8	22.22	1	2.27	9	25.00	
Primaria completa	4	11.11	2	5.55	6	16.66	
Primaria incompleta	5	13.88	3	8.33	8	22.22	
Secundaria	2	5.55	0	0.00	2	5.55	
Total	26	72.22	10	27.77	36	100.00	

Fuente directa: instrumento de datos sociodemográficos y cuestionario de calidad de vida en adultos mayores (World Health Organization Quality of life, WHOQOL-BREF). n=36

Discusión

El envejecimiento poblacional, acentuado por el aumento en la esperanza de vida y fenómenos migratorios que alteran las estructuras familiares tradicionales (Torres et al., 2019), ha convertido la calidad de vida en la vejez en una prioridad dentro del ámbito de la salud pública (OMS, 2024). Este estudio confirma que la calidad de vida en personas mayores es un fenómeno multidimensional y subjetivo, influenciado por factores como el nivel educativo, el acceso a servicios de salud y las redes de apoyo social. La baja escolaridad, identificada en más del 30% de los participantes, se relacionó con mayores niveles de calidad de vida inadecuada, en concordancia con estudios previos (Carreón Lozano, 2016; Tamez & Ribeiro, 2012) aunque sin asociación estadísticamente significativa.

Asimismo, los hallazgos coinciden con los planteamientos de la (CEPAL, 2021), al mostrar que los adultos mayores de menor edad presentan mejor calidad de vida, y que las dimensiones más deterioradas son las relaciones sociales, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las redes de apoyo en esta etapa. El papel de la pareja como principal fuente de apoyo emocional y funcional se destacó en más de la mitad de los casos, lo que sugiere que el fortalecimiento de vínculos afectivos cercanos puede tener un efecto positivo en la salud mental y física del adulto mayor tal como lo sugieren (Torres et al., 2019; Torres-Hernández & Arias-López, 2019)

Finalmente, la evidencia sugiere que, en contextos rurales como el del presente estudio, las redes sociales y familiares ampliadas, incluso en contextos de familias transnacionales, juegan un papel fundamental en la preservación del bienestar. Estos resultados subrayan la necesidad de que la enfermería comunitaria adopte enfoques integrales y culturalmente sensibles (Leininger, 1999), diseñando estrategias de intervención que prioricen no solo la salud física, sino también los aspectos sociales, emocionales y ambientales que contribuyen a una vida digna y satisfactoria en la vejez.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación evidencian la necesidad de replantear el papel tradicional de la familia como único soporte de cuidado en el contexto actual de transformaciones sociales, especialmente en comunidades afectadas por procesos migratorios. La dinámica de las

familias transnacionales ha reconfigurado las redes de apoyo, dando lugar a nuevas formas de cuidado que trascienden el núcleo familiar inmediato. En este sentido, se identificó que los adultos mayores mantienen vínculos significativos con su comunidad y redes sociales ampliadas, las cuales impactan directamente en su estado de ánimo, salud y calidad de vida.

Frente a este escenario, se destaca la importancia de una atención comunitaria integral en la que la enfermería juegue un rol activo no solo en el ámbito clínico, sino también en la comprensión de los determinantes sociales que inciden en la salud. La práctica de enfermería debe incorporar una mirada contextualizada, sensible a las realidades culturales, sociales y familiares de los adultos mayores, particularmente en zonas rurales como en la del presente estudio donde persisten limitaciones en el acceso a servicios de salud.

Referencias

- Asamblea Médica Mundial Helsinki. (2013). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1–4.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1–31.
- Carreón Lozano, T. (2016). Funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor con diabetes tipo 2. [Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/2237>
- CEPAL. (2021). Migración. <https://www.cepal.org/es/temas/migracion>
- CONAPO. (2020). Algunos efectos de la migración internacional en los lugares de origen y destino.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejon, M., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores Chilenos. *Rev Med Chil*, 5(139), 579–586.
- INEGI. (2020). Migración: quiénes llegan y quiénes se van.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cult de los Cuid*, 8(6).
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas, h, Onis, V., Aguado, t, Albert, C., & Luque, L. (2001). Adaptación y validación al castellano

- del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 los. *Medicina Clínica*, 4129–134(117).
- McAuliffe, M. O. LA. (2024). Informe sobre las migraciones en el mundo. www.iom.int
- Montes de Oca, Z., & Sáenz, R. (2012). Cuidado a la salud en la vejez y recursos familiares transnacionales en México y Estados Unidos. *Uaricha Revista de Psicología*, 19(9).
- OMS. (2020). Decade of healthy aging 2020 - 2030. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=A1%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%202100%20millones.
- OMS. (2024). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Spector, R. (1999). Cultura, cuidados de salud y enfermería. 6, 66–79.
- Tamez, B., & Ribeiro, M. (2012). El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 11–30.
- Torres, E., Arias, B., & Ferreria, R. (2019). Redes de apoyo de personas mayores que se quedan en un contexto de alta migración en México. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 2(11), 80–102.
- Torres-Hernández, E., & Arias-López, B. (2019). Envejecimiento y salud mental en contextos migratorios. *Enfermería Universitaria*, 16(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.590>
- World Health Organization. (2004). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigo=17621

Capítulo 9. Fatiga laboral en operadores de quinta rueda

ADRIANA LERMA-VALDEZ
JESÚS CUELLAR GONZÁLEZ
YARI RODRÍGUEZ-SANTAMARÍA
PATRICIA MARISOL MÁRQUEZ-VARGAS
GEU MENDOZA-CATALÁN

Introducción

En la actualidad, el transporte de carga pesada se ha consolidado como el principal método para la distribución global de mercancías (INEGI, 2023). La operación de las cadenas de suministros depende esencialmente de su papel mientras simultáneamente fortalece el comercio internacional. En el caso de México, este sector tiene una relevancia estratégica al conectar múltiples regiones productivas con puntos fronterizos y puertos clave. La red carretera nacional se extiende por más de 370,000 kilómetros, lo que facilita el movimiento constante de mercancías tanto en rutas nacionales como hacia Estados Unidos, su principal socia comercial (Secretaría de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes [SICT], 2020).

Este sector enfrenta desafíos significativos relacionados con la salud de sus operadores a pesar de su importancia. Los conductores de camiones de quinta rueda que transportan cargas pesadas enfrentan extensas jornadas laborales, lo que les genera fatiga y diversas afecciones de salud, representando un problema de salud pública que demanda atención urgente (García et al., 2019).

Nuevo Laredo, Tamaulipas, se establece como la principal aduana terrestre de América Latina, gestionando más del 40% del comercio terrestre entre México y Estados Unidos (OECD, 2021). La compleja infraestructura logística se basa en el trabajo de los operadores de quinta rueda quienes manejan vehículos de carga articulada en condiciones extremas y durante largas jornadas. Este tipo de trabajo expone a los operadores a diversos riesgos físicos, mentales emocionales que, sin intervención adecuada, pueden dar lugar al desarrollo de una fatiga

laboral crónica y a otras condiciones graves (García et al., 2019; Martínez & López, 2021).

La fatiga laboral se presenta como una condición multifactorial que afecta negativamente el rendimiento como con la seguridad, además de comprometer la salud integral del operador.

Diversos estudios han identificado que los operadores de transporte pesado experimentan altos niveles de estrés ocupacional, derivados de la presión por cumplir horarios, la monotonía de la actividad, la carga emocional de estar alejados de la familia y la responsabilidad constante de prevenir accidentes (Ramírez, 2022; Martínez & L. Lopez, 2021; Zamora, 2020).

En la región latinoamericana, y especialmente en México, la situación se agrava debido a la falta de políticas integrales de salud ocupacional enfocadas en este sector laboral. La fatiga en conductores profesionales ha sido reconocida como un de las principales causas de accidentes viales en diferentes países. La atención disminuye junto con los tiempos de reacción y la toma de decisiones cuando el cansancio excesivo afecta a los conductores, elementos esenciales para mantener la seguridad vial. Estos conductores enfrentan una vulnerabilidad significativa al dormir menos de cuatro horas, una cifra que contrasta drásticamente con las ocho horas recomendadas. Esta falta de descanso no solo compromete su bienestar personal, sino que también pone en riesgo la de otros conductores. Las estadísticas indican que 24,000 vehículos estuvieron involucrados en accidentes en carreteras federales, siendo un porcentaje considerable de ellos eran camiones de carga (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022). Este aumento en los accidentes resalta la necesidad de implementar medidas que atiendan no solo los síntomas superficiales como las causas profundas de la fatiga laboral.

En el ámbito sanitario la profesión de enfermería desempeña funciones críticas para atender y la mejorar de la salud física como mental de los operadores de quinta rueda (Sánchez et al., 2022). A través de la implementación de prácticas saludables y seguras, así como de una adecuada educación en salud ocupacional, es posible reducir de manera significativa los problemas asociados a la fatiga y facilitar la detección de patologías en este grupo. El desarrollo de programas preventivos es fundamental para reducir la incidencia de enfermedades crónicas, al tiempo que se mejora la calidad de vida de los operadores y se fomentan intervenciones que favorezcan el autocuidado (López & Martínez, 2023). Identificar y abordar los índices de fatiga percibida y los niveles

de riesgo en los conductores de quinta rueda no solo beneficiará su bienestar personal, sino que también será crucial para la seguridad y eficacia del sector de transporte de carga pesada en México (Fernández, 2023).

Marco

La fatiga laboral en operadores de quinta rueda que trabajan en el norte de México representa un fenómeno complicado donde interactúan múltiples factores físicos, emocionales y ambientales. Este estado de agotamiento físico y mental emerge como resultado de la interacción prolongada con factores de riesgo laborales como jornadas extendidas, condiciones ambientales adversas y exigencias emocionales intensas. La Organización Internacional del trabajo (OIT, 2022) identifica este fenómeno como un riesgo psicosocial predominante dentro de los sectores de transporte y logística donde la informalidad y la falta de regulación adecuada son comunes.

En el norte de México, particularmente en ciudades fronterizas como Nuevo Laredo, los operadores de quinta rueda desempeñan un rol clave en el flujo de comercio internacional. A pesar de su situación enfrentan condiciones extremadamente precarias donde deben trabajar en horarios nocturnos, rutinas monótonas, ausencia de espacios para descanso y exposiciones prolongadas a ruido, vibración y temperaturas extremas (INESEM, 2023). Estos factores generan un deterioro progresivo de su estado físico y emocional, lo que resulta en rendimiento deficiente junto con irritabilidad y somnolencia además de un mayor riesgo de cometer errores humanos.

Los trastornos que surgen de condiciones laborales inseguras o diseño ergonómico deficiente en el puesto de trabajo pueden aumentar la sensación de fatiga. El riesgo de accidentes laborales suele aumentar cuando los trabajadores se sienten agotados, lo que resulta en un círculo vicioso de bajo rendimiento y estrés adicional. La monotonía y la falta de variedad en las tareas pueden contribuir al desinterés y la falta de motivación, situaciones que pueden ser especialmente visibles en ocupaciones técnicas como las de los operadores de quinta rueda (INESEM, 2023). Los trabajadores del transporte pesado muestran tasas más altas de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y musculoesqueléticas que sus contrapartes de otros sectores (OMS, 2021).

Finalmente reconocer la influencia de factores externos como una alimentación deficiente junto con la deshidratación resalta esencial ya

que estos factores desempeñan un papel crucial en la fatiga laboral. La ingesta de alimentos inadecuados provoca disminuciones energéticas junto con aumento en la fatiga percibida que afectan drásticamente la eficiencia laboral. Las empresas deben establecer e implementar programas de bienestar que incluyan orientación sobre hábitos saludables y estrategias para la gestión del estrés, además de ofrecer espacios adecuados para el descanso (ELBS, 2021). Solo a través de un enfoque integral se podrá combatir la fatiga laboral de manera efectiva y garantizar un entorno de trabajo más sostenible y saludable en el sector.

Dentro de este marco el síndrome de burnout se presenta como una manifestación crónica que deteriora la salud mental de los operadores de quinta rueda mientras afecta su rendimiento laboral y su bienestar integral (Maslach & Leiter, 2016). La implementación de estrategias integrales se convierte en una prioridad para crear un entorno laboral que vaya más allá de la seguridad física y apoye también el bienestar emocional de los trabajadores. La detección junto con la interpretación de estos síntomas constituye un elemento esencial para desarrollar métodos efectivos que reduzcan sus efectos corporales y mentales.

Metodología

El diseño del presente estudio tuvo un enfoque descriptivo, con bajo la encuesta transversal debido a que busca especificar las características y propiedades de las personas, sin intervenciones por parte del investigador (Hernández et al., 2014). La población de interés se conformó por operadores de quinta rueda de una empresa de transportes de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue por conveniencia, donde se incluyeron a conductores con al menos un año de experiencia en el manejo camiones de carga pesada. La muestra recolectada durante tres semanas fueron 100 conductores dentro de la categoría local, nacional o internacional.

Se utilizó una cédula de datos personales *exprofeso*, la cual incluyó datos demográficos, laborales y de salud de los operadores. Los demográficos fueron sexo, edad, estado civil y nivel educativo; mientras que, en los laborales se indagó sobre años de experiencia en la conducción, horario de trabajo, número de horas que trabaja por día y por semana. Por lo que respecta a los datos de salud, se incluyeron preguntas sobre si ha sufrido accidentes de tráfico, si considera que el trabajo afecta su condición de salud, frecuencia con que se realiza chequeos médicos, si ha recibido información sobre riesgos de salud relacionada con su tra-

bajo, número de horas que duerme al día y número de días que realiza ejercicio por semana.

La variable de fatiga laboral fue medida a través del cuestionario de fatiga laboral (SOFI- SM), desarrollado por Ahsberg et al (1997), versión en español (González et al., 2005) y validada en trabajadores mexicanos (Hernández et al., 2012). Este consta de 18 afirmaciones distribuidas en seis dimensiones: falta de energía (sentimientos generales de fuerza disminuida), cansancio físico (sensaciones corporales de agotamiento metabólico), disconfort físico (sensaciones corporales de malestar general), falta de motivación (sentimiento de no estar comprometido ni entusiasmado con el trabajo), somnolencia (sensación de adormecimiento) e irritabilidad (sensación de nerviosismo, enojo e irritación). Cada ítem fue valorado mediante una escala de 0 a 10 y cada dimensión obtiene una puntuación de 0 a 100, permitiendo obtener un índice global de fatiga conocido como SMM-Index, que ofrece una valiosa perspectiva sobre el bienestar físico y emocional de los operadores. Para establecer el nivel de fatiga laboral, los puntos de corte se ubican entre 0 a 25 nivel aceptable (no precisa acciones), de 26 a 50 puntos nivel inadecuado con acciones aconsejables, de 51 a 75 puntos nivel inadecuado con la necesidad de realizar acciones prioritarias y de 76 a 100 nivel inaceptable, el cual requiere acciones inmediatas de mitigación. Este cuestionario ha reportado una consistencia interna aceptable ($\alpha = .915$)

Para la realización del estudio se acudió a una de las empresas de autotransporte de la ciudad para solicitar la autorización y tener acceso a los conductores activos. Posterior a ello, se abordó a los trabajadores que estaban en espera de su carga y se les informó verbalmente del objetivo del estudio, las personas que aceptaron a participar se les entregó el consentimiento informado para su llenado y firma. Esta investigación dio cumplimiento a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (DOF-02-04-2014), la cual establece sobre la participación anónima y confidencial de los participantes, así como contar con un registro y evaluación por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (CA-C10-2023).

Para el análisis de datos, se empleó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, v. 20) por medio de estadística descriptiva, se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; mientras que para las variables continuas fueron medidas de tendencia central (media, mediana y desviación estándar).

Resultados

Los participantes del estudio fueron del sexo masculino (95%) en su mayoría, el nivel educativo más común fue secundaria (49%), seguido por preparatoria (20%) y el 70% indicó tener pareja. Se caracterizaron por ser conductores de largas distancias (54%), aunque una proporción importante informó ser conductores locales (46%); reportaron dormir menos de ocho horas ($\bar{X}= 7.36$, $DE= 1.81$) y los días que dedicaban a realizar ejercicio fue escaso ($\bar{X}= 1.11$, $DE= 1.74$). La edad osciló en 39.9 años ($DE= 9.77$), con 14.51 ($DE= 10.8$) años de experiencia en la conducción de unidades de carga pesada, el número de horas de conducción por día promedio fue de 11.7 ($DE= 5.48$), ver tabla 1.

Tabla 1. Características descriptivas de los operadores de quinta rueda

	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	39.97	38.00	9.77	24	65
Años de conducción	14.51	12.00	10.86	1	45
Horas de conducción al día	11.77	12.00	5.48	1	60
Horas trabajadas por semana	61.68	64.00	15.30	2	120
Cuántas horas duerme al día	7.36	7.50	1.81	2	11
Cuántos días a la semana realiza ejercicio	1.11	.00	1.74	0	7

Nota: *M*= Media; *DE*= Desviación estándar

Con respecto a las condiciones laborales de los entrevistados (tabla 2) se pudo observar que mantienen un horario laboral continuo, donde más de la mitad tienen una modalidad mixta (57%), cuya jornada es de lunes a sábado (52%). Aunque la mayoría percibe su estado de salud como bueno (64%), el 44% ha tenido que consultar al médico por enfermedades relacionadas con su trabajo; mientras que, el 47% de la muestra afirmó que su trabajo afecta su salud y el 51% mencionó que se realiza su examen médico de rutina. Cabe mencionar que el 80% percibe cobertura de salud por parte de la empresa, de los cuales al 67% su empresa le ofrece la posibilidad de realizar chequeos médicos y solo el 40% lo realizaron.

Tabla 2. Características laborales y de salud de los operadores de quinta rueda

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Horario laboral		
Matutino/Vespertino	38	38.0
Nocturno	5	5.0
Mixto	57	57.0
Días de la semana de trabajo		
Lunes a viernes	22	22.0
Lunes a sábado	52	52.0
Lunes a Domingo	26	26.0
Ha sufrido accidentes de tráfico		
Si	12	12.0
No	88	88.0
Considera que su trabajo afecta su salud		
Si	47	47.0
No	53	53.0
Con que frecuencia ha consultado al médico por enfermedades derivadas de su trabajo		
Una vez	19	19.0
Dos veces	14	14.0
Tres o más veces	11	11.0
Nunca	56	56.0
Ha recibido información sobre riesgos para su salud relacionada con su trabajo		
Si	62	62.0
No	38	38.0
Frecuencia con que se realiza examen médico		
Cada año	51	51.0
Cada dos años	31	31.0
Nunca	18	18.0

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje

Al indagar sobre síntomas o molestias en general de los operadores de quinta rueda, se encontró que una proporción importante reportó dolor de espalda (47%) y cabeza (41%); mientras que más de un tercio manifestaron sentirse estresados (47%), fatiga visual (31%) y cansancio permanente (30%). En cuanto a la variable de fatiga laboral, se pudo observar (tabla 3) que la dimensión que reportó mayores puntuaciones fue la falta de energía ($\bar{X}$ = 31.03, DE = 27.15), seguida por sensaciones de somnolencia ($\bar{X}$ = 26.86, DE = 28.37).

Tabla 3. Promedio de dimensiones de fatiga laboral de los operadores de quinta rueda.

<i>Dimensiones de SOFI-SM</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Falta de energía	31.03	30.00	27.15	0	100.0
Cansancio físico	15.13	10.00	17.78	0	76.6
Disconfort físico	18.80	13.33	19.63	0	70.0
Falta de motivación	11.90	0.00	18.58	0	73.3
Somnolencia	26.86	15.00	28.23	0	100
Irritabilidad	22.53	13.33	28.37	0	100

Nota: M= Media; DE= Desviación estándar

En los resultados sobre el nivel de fatiga percibido por los participantes (tabla 4), se destaca que el 61% reportó fatiga aceptable, nivel que no requiere acciones correctivas; mientras que, el resto se ubica en nivel de fatiga inadecuado (39%), en el cual se requieren acciones en beneficio de los trabajadores.

Tabla 4. Frecuencia de niveles de riesgo globales de fatiga laboral en los operadores de quinta rueda

<i>Nivel de riesgo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Aceptable (no acciones)	61	61.0
Inadecuado (acciones aconsejables)	31	31.0
Inadecuado (acciones prioritarias)	8	8.0

Nota: Cédula de datos personales, f=frecuencia, %

Discusión

De acuerdo con los hallazgos obtenidos, la mayoría de los conductores de carga pesada fueron del sexo masculino, con un nivel de educación secundaria y contaban con una pareja sentimental, estos datos son coherentes con estudios previos que han mostrado que el sector del transporte suele estar masculinizado (INEGI, 2021; García-Perales et al., 2023), al mencionar que la proporción de mujeres que desempeñan actividades relacionadas con el transporte es baja; además, la escolaridad en hombres dentro del autotransporte es de educación básica.

Por otro lado, se identificó que los conductores mantienen hábitos poco saludables, como no realización de ejercicio físico, dormir menos de 8 horas y conducen 11 horas promedio por día laboral, resultados similares con otros autores (Brodi et al., 2021; Lalla-Edward et al., 2019; Ortega-Morales et al., 2023). Estas condiciones representan un constante riesgo para alteraciones físicas y mentales; si bien, estos re-

sultados pueden tener relación con el horario laboral continuo y mixto, son conductores de largas distancias y solo descansan un día a la semana, lo que incrementa el riesgo a la salud y la calidad de vida de este grupo laboral.

Los participantes afirman que su trabajo afecta su salud, lo que en gran medida se podría asociar a las molestias físicas que informaron tener durante la entrevista como dolor de espalda, cabeza o sentirse estresado por sus actividades laborales; a pesar de ello, al indagar sobre su estado de salud estos se perciben como saludables, lo cual puede estar asociado a la masculinidad hegemónica que establece una tradición social dominante, la cual indica que los hombres deben mantener un control emocional y fortaleza física, mostrar autosuficiencia para evitar ser vistos como individuos vulnerables (Tseole & Vermaak, 2020). Además, pese a que la mayoría informa tener cobertura de salud, menos de mitad de los conductores se realizan examen médico anual; lo que respalda lo citado por autores quienes mencionan que la salud masculina es un concepto culturalmente arraigado y representa una barrera para la búsqueda de atención en salud, lo que provoca un diagnóstico tardío y dificulta el tratamiento oportuno (Flores-Reyes et al., 2024).

En los conductores de carga pesada, la dimensión de fatiga que reportó mayores puntuaciones fue la falta de energía (Noroña-Salcedo & Vega-Falcón, 2022), así como sensaciones de somnolencia e irritabilidad (Lalla-Edward et al., 2019), lo cual deja ver que los conductores del transporte en carretera pueden tener riesgos laborales que se atribuyen a las alteraciones del patrón del sueño, lo que afecta la capacidad de atención, tener sentimientos generales de fuerza disminuida y cambio en el estado de ánimo como nerviosismo, irritabilidad o enojo. En este sentido, la importancia de identificar condiciones como la somnolencia y pesadez, la dificultad para concentrarse y el malestar físico, las cuales son comunes en los conductores de carga pesada y generalmente se relacionan con conductas de riesgo como el consumo de sustancias adictivas (García-Perales et al., 2023)

El nivel de fatiga laboral según las puntuaciones reportadas, mantiene a los participantes en un riesgo aceptable, hallazgo similar con estudios previos (García-Perales et al., 2023) que reportan bajo riesgo de fatiga en conductores; si bien, no requiere acciones inmediatas de atención debido a que no afecta la salud del trabajador, pero podría evolucionar a condiciones que alteren el desempeño de los conductores, tomando en cuenta que tienen poco descanso. Por el contrario,

una proporción importante reportó un nivel de riesgo de fatiga inadecuado, como ha sido señalado por otros estudios (Noroña-Salcedo & Vega-Falcón, 2022), lo cual obedece a factores como la extensa jornada laboral, malos hábitos alimentarios y de actividad física, condiciones ambientales y las distancias largas fuera de casa.

La literatura indica que la fatiga del conductor de carga pesada contribuye al incremento en el número de accidentes; sin embargo, es necesario considerar los factores que intervienen a la presencia de esta condición, como cumplir con los requisitos de las empresas para entrega y descarga de las mercancías, la conducción nocturna y la falta de regulación del descanso y la poca supervisión de los trabajadores (Casey et al., 2024). En este caso, la mayoría de los participantes del estudio conducen en territorio mexicano mantienen un escaso cumplimiento de las regulaciones del descanso obligatorio, aunado a la falta áreas de descanso seguras, al tener que hacerlo por lo regular en lugares no destinados para tal fin, lo que incrementa la probabilidad de que la fatiga se convierta en un problema constante y puede afectar su calidad de vida.

Desde el contexto de la seguridad y bienestar de los trabajadores, surge la necesidad de prevención de riesgos en los conductores, donde el rol del profesional de salud es fundamental para identificar casos y colaborar en la promoción de programas de salud y políticas que aumenten la seguridad de los conductores de carga pesada, el cual representa el transporte más utilizado en México y otros países.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio indicaron que los conductores de quinta rueda por lo general son del sexo masculino, dedicados a la conducción por más de 10 años, con un nivel de educación básica y la mayoría tenía pareja. Los participantes reportaron mantener un estilo de vida no saludable, al dormir menos de lo indicado, escaso ejercicio físico, trabajar más de 8 horas por día y descansar un día por semana; esto aunado a la escasa realización de chequeos médicos de rutina, aún con la presencia de malestares o síntomas físicos.

Se encontró que el nivel de fatiga percibido por los conductores fue de riesgo aceptable, es decir que no afecta la salud de los trabajadores; sin embargo, se pudo observar que entre los aspectos que se reportan hacen referencia a sentirse con falta de energía y tener sensaciones de somnolencia. Estos datos ofrecen una visión sobre las condiciones

laborales y físicas de los operadores de transporte, alineados con hallazgos de investigaciones anteriores.

Si bien, los resultados no son generalizables debido a que se trata de un estudio bajo un diseño transversal y con un muestreo por conveniencia. No obstante, es esencial continuar investigando en esta área para comprender las conductas relacionadas con el trabajo que afectan el bienestar del trabajador, con la intención de desarrollar estrategias efectivas que promuevan la salud de los operadores en este sector.

Referencia

- Ahsberg, E., Gamberale, F., & Kjellberg, A. (1997). Perceived quality of fatigue during different occupational task. Development of a questionnaire. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20, 121-135. [https://doi.org/10.1016/S0169-8141\(96\)00044-3](https://doi.org/10.1016/S0169-8141(96)00044-3)
- Brodie, A., Pavey, T., Newton, C., & Sendall, M. C. (2021). Australian bus drivers' modifiable and contextual risk factors for chronic disease: A workplace study. *PloS one*, 16(7), e0255225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255225>
- Casey, G. J., Miles-Johnson, T., & Stevens, G. J. (2024). Heavy vehicle driver fatigue: observing work and rest behaviours of truck drivers in Australia. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 104, 136-153. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2024.05.016>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud." *Gobierno de México*. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4447_RLGSMIS.pdf
- Flores-Reyes, M. F., Montes-Sevilla, L. D., Añorve-García, E., Solis-Canal, R. J., Cancino- Marentes, M. E., Peña-Álvarez, B. K. (2024). La salud Masculina: un desafío influido por los estereotipos de género. *Revista ESPM*, 2(7). <https://revista.espm.mx/nota-la-salud-masculina-un-desafio-influido-por-los-estereotipos-de-genero-70>
- García-Perales, L. A., López-García, K. S., Alonso-Castillo, M. M., Méndez-Ruiz, M. D., & Villegas Pantoja, M. A. (2023). Relación de fatiga y consumo de alcohol en conductores de carga pesada. *Sanus*, 8(19): e330. <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/330>

- García, L., Pérez, R., & Soto, M. (2019). Carga de trabajo y salud ocupacional en operadores de transporte. *Salud Pública de México*, 61(3), 318–325.
- González, J. L., Moreno, J. B., Garrosa, H. A., & López, L. A. (2005). Spanish version of the Swedish Occupational Fatigue Inventory (SOFI): factorial replication and validity. *Introducción Journal of Industrial Ergonomics*, 35, 737–746. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ergon.2005.02.007>
- Hernández, A. J., Ibarra, M. G., Serratos, P. J., García, A. J., & Brunette, M. J. (2012). Construction of a survey to assess workload and fatigue among AMT operators in Mexico. *WORK*, 41, 1790–1796.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. M. (2014). Metodología de la investigación. Definición del alcance de la investigación que se realizara: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. McGrawHill Education (6ª Edición). México.
- INESEM. (2023). *Fatiga laboral y estrés ocupacional en conductores profesionales*. Instituto Europeo de Estudios Empresariales.
- Instituto Nacional de Estadística y geografía. (2021). Colección de estudios sectoriales y regionales. Conociendo la industria del autotransporte de carga. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/pro ductos/nueva_estruc/889463903994.pdf
- Lalla-Edward, S. T., Fischer, A. E., Venter, W. F., Scheuermaier, K., Meel, R., Hankins, C., & Vos, A. G. (2019). Cross-sectional study of the health of southern African truck drivers. *BMJ open*, 9(10), e032025. 10.1136/bmjopen-2019-032025
- Martínez, A., & López, S. (2021). Condiciones psicosociales y salud en operadores de camión. *Revista Iberoamericana de Psicología del Trabajo*, 19(1), 77–89.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *The Truth About Burnout*. Jossey-Bass.
- Noroña-Salcedo, D. R., & Vega-Falcón, V. (2022). Fatiga laboral percibida en conductores de compañías de transporte de Orellana, Pichincha y Guayas. *Revista Médica Electrónica*, 44(4), 652–667. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378277403003>
- OECD (2021). Trade and Logistics in Mexican Border Cities. Organization for Economic Co- operation and Development.

- OMS. (2021). *Informe mundial sobre salud en el trabajo*. Organización Mundial de la Salud. Ortega-Morales, K., Soto-Cerna, F., Varas-Navarrete, J., Vivanco-Urbe, C., & Cortés, J. (2023).
- Patologías prevalentes que afectan la salud de camioneros pertenecientes a una empresa chilena. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 69(271), 68–76. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2023000200002>
- Tseole, N. P., & Vermaak, K. (2020). Exploring the Influences of Hegemonic and Complicit Masculinity on Lifestyle Risk Factors for Noncommunicable diseases among Adult Men in Maseru, Lesotho. *American Journal of Men's Health*, 14(6). <https://doi.org/10.1177/1557988320958931>
- Zamora, H. (2020). Fatiga en conductores de larga distancia. *Psicología del Transporte*, 7(1), 33– 41.

Capítulo 10. Vulnerabilidad, derechos humanos, autocuidado y bienestar humano en población migrante: una perspectiva interdisciplinar

NISSA YAING TORRES SOTO
BEATRIZ MARTÍNEZ RAMÍREZ
LUIS CARLOS CORTEZ GONZÁLEZ
GERARDO OMAR MATOS AGUAYO

Introducción

La migración internacional es uno de los fenómenos sociales más complejos y dinámicos del siglo XXI. Lejos de limitarse al desplazamiento geográfico de personas, involucra un entramado de causas estructurales, condiciones sociales y culturales, así como experiencias individuales marcadas por la vulnerabilidad y la lucha por el reconocimiento de derechos. En el caso de América Latina, y particularmente de los migrantes provenientes del Triángulo Norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras y El Salvador), la migración hacia México y los Estados Unidos ha sido una estrategia de supervivencia frente a contextos de violencia, pobreza, exclusión social y crisis climática (CEPAL, 2022; McAuliffe & Triandafyllidou, 2022).

De acuerdo con el Informe sobre las Migraciones en el Mundo (2024), publicado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), América Latina y el Caribe albergan a más de 44 millones de personas migrantes, y México se ha convertido en uno de los principales corredores migratorios del mundo. Tan solo en el periodo de enero a marzo de 2024, la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Secretaría de Gobernación reportó 281,327 eventos de personas en situación migratoria irregular en México. La mayoría de estas personas provenían de Venezuela (22.2 %), seguida por Guatemala (13.4 %), Honduras (12.7 %), Ecuador (11.3 %), y Haití (7.3 %) (Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, 2024). Del total, más de 56% eran hombres y 44% mu-

jeros, con un aumento considerable de niñas, niños y adolescentes no acompañados. Esta tendencia refleja un incremento sostenido respecto a años anteriores y confirma el carácter estructural del fenómeno migratorio regional. Además, el 85% de las personas migrantes centroamericanas declararon haber transitado por México con el objetivo de llegar a Estados Unidos, enfrentando en el trayecto condiciones de vulnerabilidad extrema, inseguridad, y un marco institucional insuficiente para garantizar la protección de sus derechos fundamentales (McAuliffe & Ouchou, 2024).

Aunque los estudios migratorios han incorporado enfoques monodisciplinarios, multidisciplinarios e interdisciplinarios, persisten vacíos en el abordaje empírico de variables psicosociales complejas. Como advierten Alvites y Pereira (2025), muchas investigaciones se centran en descripciones disciplinares o estatocéntricas, sin integrar críticamente las experiencias y subjetividades migrantes ni los posicionamientos teóricos situados. La comprensión de fenómenos como la vulnerabilidad estructural y cultural, la violación de derechos humanos, las estrategias de autocuidado y el bienestar subjetivo y psicológico exige una perspectiva interdisciplinaria genuina. Desde la “sociología”, la vulnerabilidad se analiza en términos de desigualdades estructurales y exclusión social; las “ciencias jurídicas” permiten interpretar la migración como un terreno de disputa por el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos; la “psicología” aporta herramientas para entender el bienestar desde dimensiones subjetivas y emocionales; y las “ciencias de la salud” ofrecen marcos conceptuales para explicar el autocuidado como práctica individual y colectiva frente al riesgo. Esta integración de saberes resulta indispensable, ya que el proceso migratorio no se limita al desplazamiento físico, sino que implica la inserción en contextos nuevos donde se configuran múltiples formas de violencia, incertidumbre y resiliencia.

Diversos estudios han evidenciado que las personas migrantes centroamericanas que transitan por México enfrentan un contexto sistémico de violencia y violaciones a sus derechos humanos. Durante su paso, se ven expuestas a secuestros, extorsiones, abusos sexuales, tortura e incluso asesinatos perpetrados por el crimen organizado, frecuentemente con la aquiescencia o participación directa de autoridades mexicanas. A estas agresiones se suman la discriminación, la xenofobia y la falta de acceso a servicios básicos como salud y justicia, en un entorno marcado por la impunidad y la ausencia de garantías mínimas para su integridad física y emocional (Alkin & Anaya, 2013; CNDH,

2023). A pesar de que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano reconocen y garantizan los derechos humanos de todas las personas, independientemente de su situación migratoria, persisten prácticas institucionales que vulneran dichos principios. El informe más reciente de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2023) da cuenta de múltiples casos de detención arbitraria, uso excesivo de la fuerza, discriminación y condiciones inadecuadas en estaciones migratorias, lo cual pone en evidencia la profunda contradicción entre el marco normativo y la realidad cotidiana que enfrentan las personas migrantes en el país.

En este sentido, la vulnerabilidad migrante permite comprender las formas estructurales y simbólicas de exclusión que enfrentan las personas en situación de movilidad. Para el autor, la vulnerabilidad no es solo una condición empírica, sino un constructo teórico útil para analizar la brecha entre el reconocimiento formal de los derechos humanos y su ejercicio efectivo. Los migrantes, aunque formalmente son sujetos de derecho, enfrentan sistemáticamente su negación por parte de los Estados de origen, tránsito y destino (Bustamante, 2011; Bustamante, 2002).

Bustamante (2011) distingue dos dimensiones: la vulnerabilidad estructural y la vulnerabilidad cultural, la primera refiere a las condiciones materiales e institucionales que dificultan el acceso a derechos fundamentales (empleo, salud, seguridad, regularización migratoria), y la segunda, está vinculada al racismo, la xenofobia y la estigmatización. Esta última refuerza la exclusión simbólica de los migrantes como “otros” dentro del orden nacional. El autor identifica una contradicción entre dos actos de soberanía: por un lado, la distinción jurídica entre nacionales y extranjeros; por otro, el compromiso internacional de proteger los derechos humanos sin distinción. Esta tensión da lugar a prácticas de impunidad y exclusión estructural legitimadas por ideologías antiinmigrantes y políticas restrictivas. En conjunto, el marco propuesto visibiliza que la vulnerabilidad migrante es el resultado de procesos históricos, jurídicos y culturales que perpetúan desigualdades profundas, y permite evaluar críticamente la responsabilidad estatal en el incumplimiento de los marcos internacionales de derechos humanos.

Estas múltiples formas de vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes no operan de manera aislada, sino que interactúan de forma compleja y sostenida con su bienestar integral. Diversas investigaciones han evidenciado que la discriminación percibida, tanto en el ámbito

institucional como en la vida cotidiana, constituye un estresor crónico que impacta negativamente en la salud mental, debilitando el sentido de agencia personal, la autoestima y la capacidad para establecer vínculos sociales significativos (Chen et al., 2017; Mera-Lemp et al., 2020). En particular, la exclusión social y las barreras de integración cultural pueden erosionar el bienestar subjetivo y limitar el desarrollo de proyectos de vida, perpetuando así condiciones de desventaja estructural.

Por otro lado, investigaciones en psicología de la salud y estudios migratorios han resaltado el papel del autocuidado como una estrategia clave de afrontamiento entre personas migrantes, al contribuir al sostenimiento de su salud física, psicológica y espiritual. En contextos marcados por la violencia y desarraigo, estas prácticas (individuales y colectivas) les permiten preservar su dignidad y agencia frente a condiciones adversas (Cuadra-Durán et al., 2025). El autocuidado constituye una “habilidad innata del ser humano para mantener su vida, salud y bienestar” (Torres et al., 2024, p.1). En contextos de movilidad forzada, el autocuidado de las personas migrantes se articula como una práctica relacional, sostenida en redes comunitarias y condicionada por el acceso a recursos sociales, culturales y de salud. Frente a la precariedad y la desatención institucional, las mujeres migrantes han desarrollado estrategias colectivas de cuidado que fortalecen su bienestar y resiliencia (Cuadra y Agrela. 2024; Gavazzo y Nejankis, 2021). La presencia de redes de apoyo, información accesible y un trato digno contribuyen a reducir el estrés migratorio y favorecen una mejor adaptación (Olcese et al., 2024), mientras que la atención culturalmente competente en salud es clave para garantizar el derecho al cuidado en condiciones de equidad (Theodosopoulos et al., 2024).

Por su parte, el bienestar humano es un estado existencial profundo que surge al encontrar sentido y propósito en la vida, incluso en medio del sufrimiento, mediante la autotrascendencia, el equilibrio entre opuestos y la transformación del dolor en crecimiento personal (Wong y Hwang, 2021). Este constructo ha sido conceptualizado en dos grandes dimensiones: el bienestar subjetivo, que hace referencia a la satisfacción con la vida y las emociones positivas experimentadas; y el bienestar psicológico, vinculado con el desarrollo personal, la autonomía y el sentido de propósito (Diener et al., 2018; Flores et al., 2018; Neuhaus et al., 2022). Ambos tipos de bienestar se ven condicionados por las experiencias que los migrantes tienen durante su recorrido y estancia, especialmente por el grado en que se respetan o vulneran sus derechos.

La literatura coincide en que la exposición constante a discriminación, inseguridad y precariedad material y exclusión institucional impacta negativamente en el bienestar subjetivo y la salud mental de las personas migrantes (Acosta y Martin, 2024; Hendriks y Burger, 2019; Walther et al., 2020). Esta afectación se agrava en contextos de los migrantes desconocen sus derechos o carecen de acceso efectivo a servicios esenciales. En cambio, cuando se reconocen sus derechos sociales, se garantiza un trato digno y se promueve su inclusión, el bienestar mejora notablemente, pues se potencia su agencia y sentido de pertenencia (Seibel, 2023).

Aunque existe creciente interés en el estudio de la migración, son escasas las investigaciones que integran de forma empírica variables como vulnerabilidad estructural y cultural, violación de derechos humanos, autocuidado y bienestar humano. Este estudio analiza cómo la percepción de violaciones a los derechos humanos y la vulnerabilidad migratoria inciden en el bienestar humano de personas migrantes centroamericanas en tránsito por México, considerando el papel mediador del autocuidado. Se plantea, mediante modelos de ecuaciones estructurales, la hipótesis de que la **percepción de violaciones a los derechos humanos** tiene un efecto negativo sobre el **bienestar humano** de las personas migrantes en tránsito, y esta relación está **mediada de manera secuencial** por la **vulnerabilidad migrante** (estructural y cultural) y las **conductas de autocuidado** (físico, psicológico y espiritual).

Materiales y métodos

Participantes

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y de alcance explicativo. A partir de un **cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas** (nivel de confianza del 95%, margen de error del 5% y proporción esperada de respuesta del 50%) (Villavicencio, 2017), resultando una muestra mínima requerida de 73 personas a encuestar. Finalmente, se encuestó a una muestra por conveniencia de **159 personas migrantes en tránsito** localizadas en la ciudad fronteriza de **Nogales, Sonora, México**. La edad de los participantes osciló entre **18 y 65 años** ($M = 35.33$; $DE = 9.05$). La muestra estuvo integrada por **102 hombres (64.2%) y 57 mujeres (35.8%)**.

Instrumentos

Para recolectar la información de la muestra se utilizó un cuestionario que se compone por cinco escalas y una sección de datos sociodemográficos:

Cedula de datos personales: edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo, estado civil, historia migratoria (primera vez intentando cruzar a EE.UU. o si ha intentado cruzar antes).

Escala de Derechos Humanos: Instrumento elaborado y validado en población mexicana por Rascón et al. (2022), basado en los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Evalúa el grado de vulneración o exposición a violaciones de derechos humanos experimentadas durante el trayecto migratorio. Está conformado por 16 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 “nada” a 5 “siempre”. El alfa de Cronbach de la escala resultó aceptable de $\alpha=0.94$.

Instrumento diseñado y validado por Rascón et al. (2022) para evaluar condiciones de vulnerabilidad en contextos migratorios. Consta de 40 ítems distribuidos en dos subescalas: “vulnerabilidad estructural” (12 ítems; $\alpha = .87$), que evalúa barreras legales, institucionales y limitaciones en el acceso a derechos básicos; y “vulnerabilidad cultural” (28 ítems; $\alpha = .91$), relacionada con experiencias de estigmatización, racismo y discriminación por origen étnico o cultural. Se responde mediante una escala tipo Likert de cinco puntos que va de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. La escala total mostró alta consistencia interna ($\alpha = .94$).

Escala de conductas de autocuidado: La escala utilizada en este estudio fue elaborada por Torres et al. (2021). Consta de un total de 52 reactivos distribuidos en tres dimensiones del autocuidado: físico (20 ítems), psicológico (23 ítems) y espiritual (9 ítems). Las respuestas se estructuran en un formato tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). La escala mostró una elevada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.95.

Escala de Bienestar subjetivo: fue desarrollada por Lyubomirsky y Lepper (1999), tiene como propósito medir la percepción subjetiva de felicidad del individuo. Este instrumento está compuesto por tres ítems formulados bajo el formato de diferencial semántico, donde cada reactivo presenta dos polos opuestos valorados en una escala del 1 al 7. Según los autores originales, la herramienta mostró una alta consistencia interna. Para esta investigación, se utilizó la versión traducida al

español por Corral-Verdugo et al. (2011), la cual reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83, considerado adecuado.

Escala de Bienestar Psicológico: Esta escala originalmente fue diseñada por Ryff (1989), sin embargo, existe una adaptación española que fue desarrollada por Díaz et al. (2006). Para el caso del presente trabajo, se toman los 13 ítems de la escala adaptada bajo una solución unidimensional. Esta escala consta de cinco opciones de respuesta que van de 0=totalmente en desacuerdo a 4= totalmente de acuerdo, y permite evaluar los aspectos positivos del individuo. En un estudio realizado por Barrera (2017) se aplicó la escala en población mexicana y se obtuvo un alto índice de confiabilidad de .92.

Procedimiento

La aplicación se llevó a cabo en las instalaciones del Comedor Kino y el Albergue San Juan Bosco. La recolección de datos se realizó de forma presencial, con el apoyo de tres aplicadores previamente capacitados. A cada participante se le informó sobre los objetivos del estudio y se solicitó su consentimiento informado por escrito, asegurando la confidencialidad de sus datos y su uso exclusivo con fines académicos y de investigación. Una vez obtenido el consentimiento, se procedió a la aplicación del instrumento, cuya duración osciló entre 35 y 50 minutos por cuestionario. La investigación se llevó a cabo conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y a lo dispuesto en el Título Quinto del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, con el propósito de garantizar el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de las personas participantes.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa **SPSS versión 29**. En una primera etapa se efectuó un análisis descriptivo mediante **estadística univariada** para cada una de las escalas, obteniendo media, desviación estándar y valores mínimo y máximo (Hernández-Sampieri et al. 2014). La consistencia interna de los instrumentos se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), considerando valores $\geq .60$ como aceptables (Roco et al., 2024).

Antes de ejecutar los análisis inferenciales, se verificó el cumplimiento del supuesto de normalidad a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, esperando valores de $p > .05$ como criterio para asumir una distribución normal de los datos. Posteriormente, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson (r) para analizar la asociación biviada entre las variables del estudio. La fuerza y dirección de las correlaciones se interpretaron con base en la cercanía a +1 (relación positiva) o -1 (relación negativa) (Carranza et al., 2023).

Finalmente, se realizó un Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) con el software EQS versión 6.1 para contrastar el modelo teórico-hipotético y estimar las relaciones causales entre las variables latentes (Harlow, 2023). El ajuste del modelo se evaluó mediante los siguientes índices: Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA $\leq .06$), Índice de Ajuste Comparativo (CFI $\geq .90$), Bentler-Bonett Normado (BBNFI $\geq .90$) y No Normado (BBNNFI $\geq .90$) (Browne y Cudeck, 1992). Asimismo, se calculó la Varianza Promedio Extraída (AVE) como indicador de validez convergente, aceptando valores $\geq .50$ (Hair et al., 2009).

Análisis de resultados

Características sociodemográficas

Se encuestaron a 159 personas migrantes en tránsito localizadas en la ciudad de Nogales, Sonora, México. El rango de edad de los participantes osciló entre los 18 y 65 años, con una media de 35.33 años (DE = 9.05). La muestra estuvo conformada por 102 hombres (64.2%) y 57 mujeres (35.8%). En cuanto a la nacionalidad, los participantes provenían de México ($n = 83$; 52.1%), Guatemala ($n = 22$; 14.1%), Cuba ($n = 18$; 11.3%), Honduras ($n = 16$; 9.9%), El Salvador ($n = 11$; 7.0%), Nicaragua ($n = 7$; 4.2%) y Ecuador ($n = 2$; 1.4%). Respecto al nivel educativo, la mayoría reportó haber cursado únicamente la educación primaria ($n = 93$; 58.3%), seguida de secundaria ($n = 27$; 17.0%), preparatoria ($n = 15$; 9.0%) y un 15.7% ($n = 24$) indicó no contar con ningún grado de escolaridad formal. En relación con el estado civil, el 61.0% ($n = 97$) refirió encontrarse soltero(a), el 22.0% ($n = 35$) casado(a), el 11.0% ($n = 17$) en unión libre y el 6.0% ($n = 10$) divorciado(a). Por último, el 63.5% de los participantes ($n = 101$) declaró estar intentando cruzar por primera vez hacia los Estados Unidos, mientras

que el 36.5% restante ($n = 58$) refirió haberlo intentado previamente en al menos una ocasión.

Estadísticas univariadas

La Tabla 1, muestra los análisis univariados de los instrumentos estandarizados mostraron menores puntajes en todos los constructos medidos. Violación de los derechos humanos ($\bar{x} = 4.32$, $DE = .67$), vulnerabilidad ($\bar{x}=3.04$, $DE=.63$), vulnerabilidad estructural ($\bar{x}=3.58$, $DE=.69$), vulnerabilidad cultural ($\bar{x}=3.45$, $DE=.65$), autocuidado ($\bar{x}= 2.59$, $DE = .68$), autocuidado físico ($\bar{x}= 2.32$, $DE=.78$), autocuidado psicológico ($\bar{x}=2.38$, $DE=.72$), autocuidado espiritual ($\bar{x}=2.20$, $DE=.71$), bienestar subjetivo ($\bar{x}=2.20$, $DE=.65$) y bienestar psicológico ($\bar{x}=2.13$, $DE=.67$). Los coeficientes alfa de Cronbach para todos los instrumentos variaron de .81 a .95. La prueba de Kolmogorov–Smirnov indicó distribución normal de los datos en todas las variables ($p \geq .05$), por lo que fue pertinente el uso de análisis paramétricos.

Tabla 1. Estadísticas univariadas y Alfa de Cronbach de las escalas ($n=159$).

Variables	Min.	Max.	Media	DE	Alfa de Cronbach	K-S
Violación de los derechos humanos	1	5	4.32	.67	.92	.119
Vulnerabilidad	1	5	3.04	.63	.85	.200
Estructural	1	5	3.58	.69	.87	.089
Cultural	1	5	3.45	.65	.83	.145
Autocuidado	1	5	2.59	.68	.95	.066
Autocuidado físico	1	5	2.32	.78	.89	.072
Autocuidado psicológico	1	5	2.38	.72	.81	.093
Autocuidado espiritual	1	5	2.20	.71	.73	.104
Bienestar subjetivo	1	7	4.34	.65	.93	.138
Bienestar psicológico	0	4	2.13	.67	.95	.086

Fuente: Elaboración propia. Nota: Kolmogorov–Smirnov (K–S).

Análisis de correlación de Pearson

El análisis de correlación de Pearson reveló relaciones estadísticamente significativas entre las variables incluidas en el estudio. Se observó que la violación de los derechos humanos (VDH) se correlacionó negativamente con todas las dimensiones del autocuidado y el bienestar, destacando su asociación inversa con el bienestar psicológico ($r =$

-.58, $p < .01$), el autocuidado físico ($r = -.45$, $p < .01$) y el bienestar subjetivo ($r = -.44$, $p < .01$). Asimismo, la vulnerabilidad estructural (VE) y la vulnerabilidad cultural (VC) mostraron correlaciones negativas significativas con los factores de autocuidado y bienestar, siendo particularmente fuertes en el caso del autocuidado espiritual (VE: $r = -.56$; VC: $r = -.61$; $p < .01$). Por el contrario, entre las dimensiones de autocuidado se identificaron correlaciones positivas moderadas, como entre el autocuidado físico y psicológico ($r = .51$, $p < .01$), así como entre el autocuidado espiritual y el bienestar subjetivo ($r = .31$, $p < .01$). Finalmente, las correlaciones más altas se dieron entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo ($r = .68$, $p < .01$), lo cual sugiere una estrecha relación entre ambas dimensiones del bienestar en contextos de vulnerabilidad. Estos resultados indican que, a mayor exposición a condiciones de violación de derechos y vulnerabilidad, menor es el nivel de autocuidado y bienestar en las personas migrantes mexicanas (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de correlación de Pearson entre las variables del estudio.

	VDH	VE	VC	AF	AP	AE	BS	BP
VDH	1							
VE	.48**	1						
VC	.41**	.61**	1					
AF	-.45**	-.56**	-.35**	1				
AP	-.42**	-.39**	-.39**	.51**	1			
AE	-.27**	-.43**	-.46**	.58**	.50**	1		
BS	-.44**	-.49**	-.39**	.43**	.58**	.31**	1	
BP	-.58**	-.56**	-.61**	.49**	.59**	.37**	.68**	1

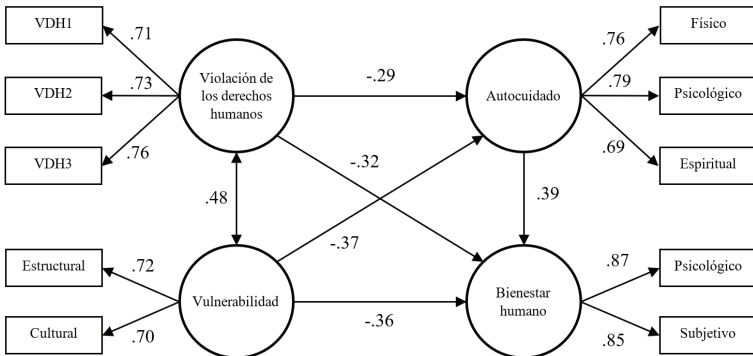
Nota: ** $p < 0.01$. VDH=Violación de los Derechos Humanos, VE=Vulnerabilidad Estructural, VC=Vulnerabilidad Cultural, AF=Autocuidado Físico, AP=Autocuidado Psicológico, AE=Autocuidado Espiritual, BS=Bienestar Subjetivo, BP=Bienestar Psicológico. Fuente: Elaboración propia.

Modelo estructural

El modelo de ecuaciones estructurales presentado en la Figura 1, analiza las trayectorias entre la violación de los derechos humanos y la vulnerabilidad, y su efecto sobre las conductas de autocuidado y el bienestar humano. Los coeficientes estandarizados de las trayectorias revelan asociaciones significativas entre los constructos. En particular, se observa que la vulnerabilidad tiene un efecto negativo sobre el autocuidado ($\lambda = -.37$), mientras que el autocuidado ejerce un efecto

positivo sobre el bienestar humano ($\lambda = .39$). Además, la violación de los derechos humanos se relaciona negativamente tanto con el autocuidado ($\lambda = -.29$) como con el bienestar ($\lambda = -.32$), lo que sugiere que las experiencias de exclusión, violencia institucional o discriminación socavan tanto la capacidad de las personas para cuidarse como su bienestar subjetivo. Adicionalmente, el autocuidado tuvo un efecto positivo y significativo en el bienestar humano ($\lambda = .39$), mientras que, la violación de los derechos humanos se covaría significativamente con la vulnerabilidad ($\lambda = .48$). Los resultados del modelo muestran una adecuada bondad de ajuste, tanto estadística como práctica. El estadístico chi-cuadrada fue de [$\chi^2 = 113.593$ (71 g.l.), $p = .235$], lo cual indica que no hay diferencias significativas entre la matriz observada y la estimada, sugiriendo que el modelo propuesto representa bien los datos. En cuanto a los índices de ajuste incremental, el BBNFI = .95, BBNNFI = .96 y CFI = .95, Por último, el RMSEA resultó aceptable de .06, lo cual se considera que el modelo tiene un error razonable de aproximación.

Figura 1. Modelo estructural de la violación de los derechos humanos, vulnerabilidad, autocuidado y bienestar humano.



Bondad de ajuste: $\chi^2 = 113.593$ (71 g.l.), $p = .235$. BBNFI = .95, BBNNFI = .96, CFI = .95, RMSEA = .06.
Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio permiten analizar la relación entre la vulnerabilidad (estructural y cultural), la violación de los derechos humanos, las conductas de autocuidado y el bienestar humano en personas migrantes en tránsito por el norte de México. La evidencia em-

pírica del modelo de ecuaciones estructurales corrobora las hipótesis planteadas, evidenciando que la experiencia migratoria, cuando está mediada por contextos de exclusión, discriminación e inseguridad institucional, tiene efectos negativos significativos sobre la capacidad de autocuidado y el bienestar integral de las personas migrantes.

En primer lugar, los resultados confirman que tanto la vulnerabilidad estructural como la cultural afectan negativamente las conductas de autocuidado. Diversos estudios coinciden en que la exclusión social, la falta de servicios básicos y la estigmatización cultural deterioran las capacidades individuales y comunitarias para sostener prácticas de cuidado físico, emocional y espiritual (Bustamante, 2011). Por su parte, Mfoafo-M'Carthy y Sossou (2017) evidencian cómo el estigma y la discriminación marginan a personas con enfermedades mentales en contextos de pobreza. Las barreras culturales dificultan la búsqueda de ayuda, especialmente entre mujeres jóvenes de grupos étnicos minoritarios, quienes enfrentan no solo estigmas sociales y familiares, sino también la falta de representación terapéutica y servicios sensibles a su contexto (Martin, 2023). En contextos de movilidad forzada, el autocuidado no puede entenderse exclusivamente como una práctica individual basada en la voluntad personal, sino que debe ser concebido como una estrategia situada, relacional y atravesada por condicionamientos políticos. Su ejercicio efectivo depende, en gran medida, de la garantía de condiciones materiales básicas como el acceso a vivienda, atención en salud y seguridad, así como del reconocimiento simbólico y jurídico de las personas migrantes como sujetos plenos de derechos (Cuadra y Agrela, 2024).

En segundo lugar, la violación de derechos humanos se asoció de manera negativa tanto con el autocuidado como con el bienestar subjetivo y psicológico. Este resultado confirma lo señalado por Martínez et al. (2015) y Saadi et al. (2020), quienes documentan que la detención migratoria y la negación de servicios de salud son formas de violencia estructural que vulneran derechos humanos y deterioran la salud mental y la dignidad de las personas migrantes. En consonancia con estos hallazgos, la exposición a condiciones estructurales injustas y a un trato deshumanizante, como ocurre en muchos sistemas de asilo, impacta directamente en la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo, afectando cómo valoran su vida, su bienestar y sus posibilidades hacia el futuro (Kienzler, 2024).

Por su parte, el autocuidado emerge como un mediador significativo entre la vulnerabilidad y el bienestar humano. Este resultado sugiere

que, incluso en contextos adversos, la capacidad de generar prácticas de cuidado propias, como el mantenimiento de rutinas saludables, la búsqueda de apoyo emocional, o la conexión espiritual puede amortiguar el impacto negativo de la exclusión y favorecer una experiencia más resiliente de la migración. Esta observación se alinea con Mehjabeen et al. (2023), quienes muestran que estrategias de autocuidado mental psicológicas, sociales y religiosas están asociadas con mejoras en el bienestar entre refugiados y migrantes, y con Masten et al. (2023), quienes destacan la espiritualidad, la esperanza y el apoyo comunitario como facilitadores clave de la resiliencia migratoria.

En esta misma línea, el autocuidado se asocia positivamente con un mayor sentido de propósito vital, incluso en contextos de desigualdad. Esta relación apoya un enfoque multidimensional del bienestar humano, donde la autonomía, la autoaceptación y el sentido de dirección se fortalecen mediante prácticas cotidianas de cuidado personal. Como señalan Ryff y Kim (2020), dichas prácticas contribuyen a la salud y al afrontamiento del estrés, funcionando como recursos de resiliencia en escenarios de precariedad.

De igual forma, los bajos niveles de bienestar en quienes reportan mayores violaciones de derechos y vulnerabilidad cultural refuerzan lo planteado por Cabieses et al. (2024) quienes advierten que el reconocimiento social y el trato digno son condiciones necesarias para que los migrantes puedan resignificar su experiencia, reconstruir su subjetividad y generar narrativas de sentido y bienestar.

La robustez estadística de la modelo respalda la validez estructural de las relaciones observadas, lo que implica implicaciones teóricas y prácticas significativas. Desde el plano teórico, se aporta un modelo explicativo integrador que permite comprender las interrelaciones entre factores estructurales, subjetivos y conductuales en el contexto migratorio. Este enfoque multidimensional supera visiones reduccionistas que interpretan la migración solo desde una perspectiva legalista o económica, e incorpora variables psicosociales cruciales para el diseño de políticas públicas y estrategias de atención integral.

Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos sugieren que las intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de las personas migrantes deben incorporar componentes orientados al fortalecimiento del autocuidado, al reconocimiento intercultural, y a la garantía efectiva de los derechos humanos. Es fundamental que los programas gubernamentales y de sociedad civil prioricen el acceso a servicios de salud física y mental, la provisión de espacios seguros, y la formación de personal

que atienda a esta población desde una perspectiva de derechos, interculturalidad y salud mental comunitaria.

Asimismo, la evidencia aquí presentada contribuye a una comprensión crítica del papel del Estado y de las instituciones migratorias. La existencia de un marco normativo que reconoce los derechos humanos de toda persona no ha sido suficiente para garantizar su cumplimiento en la práctica, como lo han señalado el informe de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2023) y el informe de la CNDH (2023). Esta brecha entre norma y realidad reproduce formas de violencia institucional que requieren ser visibilizadas y enfrentadas mediante mecanismos de rendición de cuentas y políticas públicas centradas en la dignidad humana.

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. La muestra fue recolectada en un solo punto geográfico (Nogales, Sonora), lo cual limita la generalización de los resultados a otros contextos fronterizos o regiones de tránsito migrante. Además, aunque se utilizó un modelo estadístico robusto, el diseño transversal impide establecer relaciones causales definitivas. Futuras investigaciones podrían adoptar diseños longitudinales o mixtos que permitan examinar la evolución de las prácticas de autocuidado y el bienestar a lo largo del trayecto migratorio y en distintos escenarios de acogida.

En suma, este estudio ofrece evidencia empírica sólida sobre la manera en que la vulnerabilidad, la violación de derechos humanos y el autocuidado interactúan para explicar el bienestar humano en personas migrantes en tránsito. La relevancia de estos hallazgos radica en su capacidad para informar políticas públicas más justas, humanas y basadas en evidencia científica. Frente a un fenómeno migratorio que es estructural y en expansión, se requiere de respuestas interinstitucionales que reconozcan a los migrantes no solo como portadores de necesidades, sino como sujetos de derechos y de capacidades.

Referencias

- Acosta, E., y Cabrera, E. M. (2024). Estrés migratorio y bienestar subjetivo en menores migrantes no acompañados. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 44, 189-216. https://doi.org/10.7179/psri_2024.44.11
- Alkin, O. y Anaya, A. (2013). Crisis de derechos humanos de las personas migrantes en tránsito por México: redes y presión

- transnacional. *Foro Internacional*, 53(1), 143-181. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59931080004>
- Alvites, A. y Pereira, M. A. (2025). Reflexividades sobre la construcción del estado del arte en el campo multidisciplinar de los estudios migratorios y de las fronteras. *Revista Estudios Sociales Contemporáneos*, 32, 215-237. Recuperado de: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/estudiosocontemp/article/view/7261>
- Asociación Médica Mundial (AMM) (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos*. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> (Consultado el 25 de junio de 2025).
- Barrera, L. F. (2017). Espiritualidad y elementos físicos que la propician, conductas sustentables, conservación ambiental y bienestar: Un modelo de ambiente espiritual positivo. Tesis de Doctorado. http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/bitstream/20.500.12984/691/1/barreraher_nandezlaurafernandad.pdf
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258.
- Bustamante, J. A. (2002). *La migración internacional y los derechos humanos*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Bustamante, J. A. (2011). *Extreme vulnerability of migrants: The cases of the United States and Mexico*. *Migraciones Internacionales*, 6(1), 95-118.
- Cabieses, B., Belo, K., Calderón, A. C., Rada, I., Rojas, K., Araoz, C., y Knipper, M. (2024). The impact of stigma and discrimination-based narratives in the health of migrants in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *The Lancet Regional Health - Americas*, 40, 100660. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100660>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf (Consultado el 25 de junio de 2025).
- Carranza, A. M., Carranza, D. L., y León, S. L. (2023). Aplicación de las escalas de medición ordinal para interpretar coeficientes de la correlación en investigación científica. *REVISTA CIENTÍFICA*

- SEARCHING DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES, 5(1), 45–56. <https://doi.org/10.46363/searching.v5i1.4>
- Chen, W., Hall, B. J., Ling, L. y Renzaho, A. M. N. (2017). Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 4(3), 218–229. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30032-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30032-9)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). *Panorama social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P). Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47718-panorama-social-america-latina-2021>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2023). México: Informe anual 2023. <https://www.refworld.org/es/coi/inforpais/cidh/2023/es/147942> (Accedido el 30 de junio de 2025).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2023). *Informe especial sobre la situación de las personas en detención en las estancias migratorias y estaciones provisionales del Instituto Nacional de Migración*. <https://www.cndh.org.mx/documento/informe-especial-sobre-las-condiciones-de-las-estancias-y-estaciones-migratorias-hacia-un>
- Corral-Verdugo, V., Mireles-Acosta, J. F., Tapia-Fonllem, C. y Fraijo-Sing, B. (2011). Happiness as Correlate of Sustainable Behavior: A Study of Pro-Ecological, Frugal, Equitable and Altruistic Actions That Promote Subjective Wellbeing. *Human Ecology Review*, 18(2), 95–104. <http://www.jstor.org/stable/24707465>
- Corral-Verdugo, V., Pato, C. y Torres-Soto, N. (2021). Testing a tridimensional model of sustainable behavior: self-care, caring for others, and caring for the planet. *Environment, Development and Sustainability*, 23, 12867–12882. <https://doi.org/10.1007/s10668-020-01189-9>
- Cuadra-Durán, C., Agrela-Romero, C., y Carolina, R. (2025). Migrated Women and Community Self-Care in Spain and Argentina. *GÉNEROS. Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 14(1), 26–43. <https://doi.org/10.17583/generos.16138>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. van. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>

- Diener, E., Oishi, S., y Tay, L. (2018). *Advances in subjective wellbeing research. Nature Human Behaviour*, 2(4), 253–260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Durán, C. C., y Romero, B. A. (2024). Cuidar(nos) en comunidad: mujeres (in)migradas, resistencias y sostenimientos en colectivo. *Athenea Digital Revista de Pensamiento E Investigación Social*, 24(2), e3475. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3475>
- Gavazzo, N., y Nejamkis, L. (2021). “Si compartimos, alcanza y sobra”. Redes de cuidados comunitarios entre mujeres migrantes del Gran Buenos Aires frente al COVID19. *REMHU Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 29(61), 97-120. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006107>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., y Tatham, R. (2009). Análise Multivariada de Dados (A. S, Sant’Anna, Trad.). *Porto Alegre: Bookmann (Obra original publicada em 1995)*.
- Harlow, L. L. (2023). *Structural equation modeling. In The essence of multivariate thinking* (pp. 183-201). Nueva York: Routledge.
- Hendriks, M. y Burger M. J. (2019). Unsuccessful Subjective Well-Being Assimilation Among Immigrants: The Role of Faltering Perceptions of the Host Society. *Journal of Happiness Studies*, 21(6), 1985-2006. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00164-0>.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Kienzler, H. (2024). Community integration, quality of life, thriving, and mental health among refugees and asylum seekers. A London service provider perspective. *Frontiers In Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1358250>
- Lyubomirsky, S. y Lepper, H. S. (1999). Una medida de felicidad subjetiva: confiabilidad preliminar y validación de constructo. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155. <https://doi.org/10.1023/a:1006824100041>
- Martin, A. (2023). Mental Health Stigma, Cultural Barriers, Ethnicity and Treatment Seeking Among College Women. [Tesis de Doctorado, Walden University]. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=16405&context=dissertations>
- Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Dieiguez, A., Pinto, R., Rhodes, S., Moya, E., y Chavez-Baray, S. (2015). Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *Journal*

- Of Immigrant and Minority Health*, 17(3), 947-970. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9968-4>
- Masten, A. S., Lawler, M. J., y Telzer, E. H. (2023). Factors contributing to resilience among first-generation migrants: Hope, religion/spirituality, caring for others, and opportunities. *International Journal of Public Health*, 68, 1605825. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.160582>
- McAuliffe, M., y Ochoa, L. A. (Eds.). (2024). *World Migration Report 2024*. International Organization for Migration (IOM). <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- McAuliffe, M., y Triandafyllidou, A. (Eds.). (2021). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
- Mehjabeen, A., Duschinsky, R., Pathak, N., Malik, A., y Qureshi, O. (2023). A mixed methods systematic review of mental health self-care strategies for Arabic-speaking refugees and migrants. *BMC Public Health*, 23, 2544. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17395-9>
- Mera-Lemp, M. J., Bilbao, M. y Martínez-Zelaya, G. (2020). Discriminación, aculturación y bienestar psicológico en inmigrantes latinoamericanos en Chile. *Revista de Psicología*, 29(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.55711>
- Mfofo-M'Carthy, M., y Sossou, M. (2017). Stigma, Discrimination, and Social Exclusion of the Mentally Ill: the Case of Ghana. *Journal Of Human Rights and Social Work*, 2(4), 128-133. <https://doi.org/10.1007/s41134-017-0043-2>
- Olcese, M., Cardinali, P., Madera, F., Camilleri, A. P., y Migliorini, L. (2023). Migration and community resilience: A scoping review. *International Journal of Intercultural Relations*, 98, 101924. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2023.101924>
- Rascón, F. G., Torres, N. Y., y Vega, H. F. (2022). Validación de la escala de vulnerabilidad hacia los migrantes en poblaciones del noroeste de México. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México*, 11(2), 137-164. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i22.17731>
- Rascón, F., G. (2021). *Población migrante en Nogales Sonora. Vulnerabilidad y prácticas violatorias de Derechos Humanos* [Tesis de Doctorado, Universidad de Sonora]. https://pics.unison.mx/doctorado/?page_id=601

- Roco-Videla, Á., Flores, S. V., Olguin-Barraza, M., y Maureira-Carsalade, N. (2024). Alpha de cronbach y su intervalo de confianza. *Nutrición Hospitalaria*, 41(1), 270-271. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04961>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., y Kim, E. S. (2020). *Extending research linking purpose in life to health: The challenges of inequality, the potential of the arts, and the imperative of virtue*. En A. L. Burrow & P. Hill (Eds.), *The ecology of purposeful living across the lifespan* (pp. 29-58). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-52078-6_3
- Saadi, A., de Trinidad, M. E., Patler, C., Estrada, J. y Venters, H. (2020). Understanding US Immigration Detention: Reaffirming Rights and Addressing Social-Structural Determinants of Health. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 187-197. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348446/>
- Seibel, V. (2023). The impact of migrants' knowledge about their social rights on their subjective wellbeing. *Frontiers In Political Science*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpos.2023.1067258>
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Panagiotou A., Drelizio, A. y Tzavella, F. (2024). Delivering Culturally Competent Care to Migrants by Healthcare Personnel; A Crucial Aspect of Delivering Culturally Sensitive Care. *Social Sciences*, 13(10), 1-23. <https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
- Torres, N. Y., Corral, V., Corral, N. S. y Rojas, M. L. (2021). Design and validation of the self-care behaviors scale. *Behavioral Psychology*, 29(3), 721-741. <https://doi.org/10.51668/bp.8321312n>
- Torres, N. Y., Martínez, B., Medina, J. A., y Suárez, G. A. (2024). Autocuidado físico, psicológico y espiritual: un análisis cualitativo en el noroeste de México. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 13(37), 10-52. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v13i37.24053>
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Secretaría de Gobernación. (2024). *Boletín mensual de estadísticas migratorias: Enero-marzo 2024*. http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2024/Boletin_2024.pdf

- Villavicencio-Caparó, E., Alvear-Córdova, M. C., Cuenca-León, K., Calderón-Curipoma, M., Zhunio-Ordoñez, K., y Webster-Carrión, F. (2017). El tamaño muestral para la tesis ¿cuántas personas debo encuestar? *Odontología Activa Revista Científica*, 2(1), 59-62. <https://doi.org/10.31984/oactiva.v2i1.175>
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & Von Scheve, C. (2020). Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey. *Journal Of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 903-913. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00968-5>
- Wong, P. T., & Hwang, K. K. (2021). The second wave positive psychology of shame in east and west in the age of the 4IR. In *Shame 4.0: Investigating an Emotion in Digital Worlds and the Fourth Industrial Revolution* (pp. 131-145). Cham: Springer International Publisher.

Capítulo 11. Norma subjetiva, intención de consumo y consumo de tabaco en adolescentes trabajadores del campo

JESÚS ALCOCER CARRANZA
SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA
NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA
NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Introducción

El consumo de tabaco impacta negativamente en la salud de la población global, con más de siete millones de fallecimientos anualmente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Un grupo vulnerable a consumir esta droga son los adolescentes, específicamente trabajadores del campo (Alderete et al., 2020; Przybył et al., 2025). En Argentina se reportó que el 56.6% de jóvenes campesinos consumieron tabaco en algún momento de su vida y el 34.4% fumó el último mes (Alderete et al., 2020). En Ecuador se encontró que el 5.2% de los trabajadores agrícolas fuman tabaco semanalmente (Gaona, 2023). Mientras que en Brasil el 62.6% señaló ser fumador (Alves et al., 2021). En este mismo sentido, en Irlanda el 5.1% de los agricultores usan sustancias, entre ellas tabaco (O'Connor et al., 2023). En México, se dispone de información general en población adolescente, el 4.6% consumieron tabaco en el último mes y el 3.7% se declaró exfumador, otro 3.7% presenta dependencia a la nicotina (Barrera-Núñez et al., 2023; Reynales-Shigematsu et al., 2017), sin embargo, la información sobre el consumo de tabaco en trabajadores del campo es limitada.

Entre los problemas derivados del tabaquismo en adolescentes trabajadores del campo se encuentran consecuencias a nivel físico, psicológico, escolar y laboral. Por ejemplo, enfermedades del sistema respiratorio, riesgo de cáncer, dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad, dificultades con la familia, bajo aprovechamiento académico en quienes también estudian, deserción escolar, incapacidad en el trabajo, baja productividad, riesgo de accidentes (incendios), probabilidad de consumo dual con tabaco por suministro electrónico, así

como consumo de drogas ilegales (OMS, 2025; Peña et al., 2022). Se han identificado factores de riesgo específicos asociados a la ocupación agrícola que aumentan la vulnerabilidad de los trabajadores al consumo de tabaco. Entre ellos destacan las actividades primigenias e intensas (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2025).

En este sentido, al ser el tabaco una droga con efectos estimulantes suele ser consumido como una estrategia para afrontar las exigencias físicas del trabajo. Además, el estrés derivado de las condiciones propias del trabajo agrícola, como la sequía, exposición a pesticidas o agroquímicos, la presencia de plagas y preocupaciones meteorológicas contribuyen al consumo de tabaco (Summers et al., 2023; Thompson et al., 2022). Según la literatura, los trabajadores también recurren al tabaco como un medio para generar una sensación de calor corporal en jornadas frías. En contraste, durante los días de calor extremo, esta práctica puede intensificar el malestar físico, contribuyendo al estrés térmico ocupacional que afecta a los trabajadores del campo (Ioannou et al., 2022).

Aunado a lo anterior, el tipo de cultivo que se realiza aumenta el riesgo de consumo, como la siembra de maíz, frijol, papa, arroz, aguacate e incluso tabaco. Este último, en particular, puede estar relacionado con una mayor probabilidad de consumo por parte de los trabajadores, debido a la exposición continua al producto y a su normalización dentro del entorno agrícola (Anderson et al., 2022). En el estado de Guerrero, la agricultura es la principal ocupación, donde se ha documentado que el trabajo en el campo se considera una actividad familiar, por lo cual se incluye a jóvenes desde edades tempranas, en esta entidad federativa más del 60% de los adolescentes participa en la agricultura, principalmente hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] & Secretaría de Economía [SE], 2023).

Dos de los determinantes que podrían explicar este fenómeno son la norma subjetiva y la intención de consumo (Guzmán et al., 2022; Sutha et al., 2022). De acuerdo con la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP, Ajzen, 1991), la norma subjetiva es la presión social percibida para realizar una conducta, como el consumo de tabaco, dicha presión proviene de personas cercanas a la persona en riesgo de consumo, como familiares y amigos (creencias normativas) y depende en medida de la disposición que tenga la persona para ajustarse o no a tales expectativas (motivación de ajuste). En el campo es común que los trabajadores fumen al inicio, en descansos y al finalizar la jornada laboral, por lo cual los adolescentes están expuestos a repetir patrones

de consumo del modelado familiar por influjo de la norma subjetiva. La intención de consumo es la pretensión para desarrollar una acción traducida en comportamiento, a medida que aumenta la intención, se incrementa la probabilidad de fumar (Sok et al., 2021).

Es necesario disponer de evidencia sobre los problemas que afectan a los trabajadores del sector agrícola, ya que, según la literatura, el trabajo en el campo se inicia a edades tempranas y es probable que se realice por más de 36 años (Hernández & Pérez-Méndez, 2023), esto pone de manifiesto el riesgo de potencializar las consecuencias a la salud en quienes comienzan el consumo de tabaco en este entorno, y que incluso se mantenga el hábito durante la vida productiva o extenderse a otros contextos y futuras etapas de la vida. Los hallazgos de este estudio aportan al cuerpo de conocimiento de enfermería sobre la conducta de consumo de tabaco en población del ámbito rural, y se espera que en el futuro se desarrollen intervenciones de prevención y reducción del consumo de tabaco en este sector ocupacional.

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto de la norma subjetiva e intención de consumo, sobre el consumo de tabaco en adolescentes trabajadores del campo en Guerrero, México.

Metodología

Diseño de investigación

Estudio descriptivo, correlacional y predictivo de corte transversal (Polit & Beck, 2021).

Población, muestreo y muestra

La población de interés fueron adolescentes trabajadores del campo de 11 comunidades agrícolas en Guerrero, México. El muestreo fue probabilístico estratificado. A través de un mapeo satelital, se identificaron escuelas ubicadas en proximidad a parcelas agrícolas, las cuales fueron georreferenciadas y categorizadas para seleccionar participantes de manera proporcional a cada estrato. Se estimó una muestra de 273 participantes a través del programa G Power, considerando un 95% de confianza y un efecto de 0.07, para identificar a los adolescentes que trabajan en el campo, se acudió a escuelas de secundaria y bachillerato,

se consideró a masculinos menores de 18 años que externaron laborar en actividades del campo con más de un año de antigüedad.

Instrumentos de recolección

Para la recolección de los datos se aplicó la Escala de norma subjetiva e intención del consumo de tabaco (Rodríguez-Kuri et al., 2007), la Cédula de datos personales y prevalencias de consumo y la Escala de dependencia a la nicotina de Fagerström (Heatherton et al., 1991), en formato de lápiz y papel. La Escala de norma subjetiva se estructura de dos dimensiones, creencias normativas y motivación de ajuste a las creencias, con cuatro preguntas cada una que se responden con una escala tipo Likert de 1 a 3 (falso, ni cierto ni falso, cierto) y de 1 a 5 (nunca, algunas veces, con frecuencia, la mayoría de las veces, siempre), respectivamente. Para obtener el puntaje global se multiplica la sumatoria de la dimensión creencias normativas por el puntaje de motivación de ajuste a las creencias, la interpretación es que un puntaje más alto indica mayor norma subjetiva de consumo de tabaco. En este estudio la escala obtuvo adecuada confiabilidad interna con un Alpha de Cronbach de 0.80.

La intención de consumo se midió con dos preguntas de acuerdo a si había consumido o no tabaco alguna vez en su vida, las opciones de respuesta se estructuran en escala Likert con 5 opciones de respuesta, no es probable (1), poco probable (2), más o menos probable (3), probable (4) y muy probable (5). Un mayor puntaje indica mayor intención de consumir tabaco.

La Cédula de datos personales y prevalencias de consumo permitió recopilar información sobre edad, prevalencias de consumo de tabaco (global, lápsica, actual e instantánea), edad de inicio, cantidad de cigarros diarios, oferta en el trabajo, frecuencia de consumo en días laborales y consumo familiar. Además, incluyeron tres preguntas para clasificar a los participantes como exfumadores (fumó en el pasado y ya no fuma), experimentadores (fumó menos de 100 cigarros y fuma ocasionalmente) y usuarios (fumó más de 100 cigarros y actualmente fuma a diario).

La Escala de dependencia a la nicotina de Fagerström se compone de seis preguntas, tres con respuesta dicotómica (sí o no), y el resto con distintas opciones de respuesta. Al sumar las respuestas se obtiene un puntaje de 0 como mínimo y 10 puntos como máximo, se establecen puntos de corte que permiten identificar el grado de dependencia a la

nicotina en; baja dependencia (0 a 3 puntos), media (4 a 7 puntos) y alta (8 a 10 puntos). Se aplicó a quienes refirieron haber consumido tabaco en el último mes. En la presente investigación obtuvo aceptable consistencia interna por medio de un Kuder-Richardson 20 de 0.79.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27. El análisis descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. La prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors permitió determinar que los datos no se distribuían con normalidad, por lo que se decidió en uso de estadísticos no paramétricos en el análisis inferencial, como Intervalo de Confianza al 95%, Prueba Chi Cuadrada de Pearson, Tau b de Kendall, Coeficiente de Correlación de Spearman y Modelo de Regresión Logística.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL (registro FAEN-M-2012). Se obtuvo autorización de líderes comunitarios, consentimiento informado de padres o tutores y asentimiento de los participantes. Se garantizó la confidencialidad de la información, conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Investigación en seres humanos (Congreso de la Unión, 2014).

Resultados

Los participantes tenían una edad de 12 a 17 años con un promedio de 14.64 años ($DE= 1.79$). Respecto a la norma subjetiva, en la dimensión creencias normativas, de un 58.7% a un 77.7% de los adolescentes trabajadores del campo consideran como falso que sus referentes importantes (personas cercanas) piensen en que ellos deberían fumar. Un 17.9% cree que sus compañeros podrían invitarlos a consumir tabaco (Tabla 1).

Tabla 1. Creencias normativas del consumo de tabaco

<i>Creencia de que amigos, familiares o compañeros piensan que podría probar tabaco</i> <i>n= 273</i>	<i>Falso</i>		<i>Ni cierto ni falso</i>		<i>Cierto</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Amigos cercanos incluyendo a la pareja	173	63.5	69	25.4	30	11.1
Uno o más familiares	179	65.6	66	24.2	28	10.2
Compañeros	160	58.7	64	23.4	49	17.9
Padres o alguno de ellos	212	77.7	40	14.6	21	7.7

Nota. n= muestra, f= frecuencia, %= porcentaje.

En la motivación de ajuste, el 66.7% de los participantes manifestó que nunca consumiría tabaco si sus mejores amigos, pareja o padres les invitaran a fumar y el 19% señaló que algunas veces seguirá los consejos de fumar si se lo recomendara algún familiar cercano como tíos o primos (tabla 2).

Tabla 2. Motivación de ajuste a las creencias de consumo de tabaco

<i>Disposición de seguir los consejos o a hacer lo que esperan otras personas en cuanto a probar tabaco</i> <i>n= 273</i>	<i>Nunca</i>		<i>Algunas veces</i>		<i>Con frecuencia</i>		<i>La mayoría de las veces</i>		<i>Siempre</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Mejores amigos incluyendo a la pareja	182	66.7	47	17.2	14	5.1	11	4.0	19	7.0
Familiares cercanos	168	61.5	52	19.0	24	8.8	10	3.7	19	7.0
Compañeros	171	62.6	46	16.8	24	8.8	16	5.9	16	5.9
Padres o alguno de ellos	182	66.7	34	12.4	22	8.1	9	3.3	26	9.5

Nota. n= muestra, f= frecuencia, %= porcentaje.

En cuanto a la intención de consumo en quienes nunca han fumado, el 73.9% dijo que no es probable que consuman tabaco en el futuro, un 23.9% refirió que existe poca probabilidad o que es más o menos probable que empiecen a consumir. Por otro lado, en quienes ya han fumado, el 25.8% externo que es probable y muy probable volver a consumir tabaco (tabla 3).

Tabla 3. Intención de consumo de tabaco

Intención hacia el consumo de tabaco Item n=273	No probable		Poco probable		Más, me n o s probable		Probable		M u y probable	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Probabilidad de que llegue a probar tabaco si nunca ha consumido	133	73.9	31	17.2	12	6.7	2	1.1	2	1.1
Probabilidad que vuelva a consumir tabaco si ya ha consumido	24	25.8	29	31.2	16	17.2	12	12.9	12	12.9

Nota. n= muestra, f= frecuencia, %= porcentaje.

El 34.1% de los adolescentes trabajadores del campo señaló haber consumido tabaco en algún momento de su vida, el 24.5% fumó en el último año, 18.3% en el último mes y el 8.1% en la última semana. Se evidenció que los participantes de 16 y 17 años tienen mayor consumo de tabaco que los participantes de 15 años o menos, estas diferencias son estadísticamente significativas (tabla 4).

Tabla 4. Prevalencias del consumo de tabaco por grupos de edad

Prevalencia n= 273	Grupos de edad						χ^2	p
	12-13 años		14-15 años		16-17 años			
	f	%	f	%	f	%		
Prevalencia global								
Sí	18	19.4	26	34.2	49	47.1	16.84	.001
No	75	80.6	50	65.8	55	52.9		
Prevalencia lápsica								
Sí	13	14.0	11	14.5	43	41.3	26.65	.001
No	80	86.0	65	85.5	61	58.7		
Prevalencia actual								
Sí	10	10.8	6	7.9	34	32.7	23.44	.001
No	83	89.2	70	92.1	70	67.3		
Prevalencia Instantánea								
Sí	3	3.2	4	5.3	15	14.4	9.41	.009
No	90	96.8	72	94.7	89	85.6		

Nota. n= muestra, f= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, p= significancia.

En relación con la dependencia a la nicotina entre quienes consumieron tabaco en el último mes, el 94% se clasificó en dependencia baja y el 6% en dependencia media. El 46% de los encuestados indicó que fuma su primer cigarro entre los 31 minutos o una hora después de despertarse. Además, el 42% manifestó dificultad para abstenerse de fumar en espacios donde está prohibido, el 44% considera que el cigarro más necesario del día es el primero de la mañana, y el 94% fuma 10 cigarros o menos por día. Así mismo, el 66% señaló que fuma más

durante el resto del día que, por la mañana, y el 16% fuma incluso cuando está enfermo.

En cuanto a la clasificación del tipo de fumador como se muestra en la tabla 5, el 53.8% se identificó como experimentador, el 37.6% como exfumador y el 6% como usuario de tabaco. Los grupos de edad de 12 a 13 años (72.2%) y de 16 a 17 años (65.3%) se caracterizan en mayor parte como experimentadores, mientras que en el grupo de 14 a 15 años predomina la categoría de exfumadores (73.1%). Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas ($Tau\ b = .218$, $p < .05$).

Tabla 5. Tipo de consumo de tabaco por grupos de edad

Tipo de consumo <i>n</i> = 93	Grupos de edad						<i>Tau b</i>	<i>p</i>
	12-13 años		14-15 años		16-17 años			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Exfumador	5	27.8	19	73.1	11	22.4	.218	.011
Experimentador	13	72.2	5	19.2	32	65.3		
Usuario	0	0.0	2	7.7	6	12.3		

Nota. *n* = consumo de tabaco alguna vez en la vida, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *Tau b* = *Tau b* de Kendall, *p* = significancia.

La norma subjetiva se relaciona de forma positiva y significativa con la intención de consumo de tabaco ($r_s = .403$, $p < .01$). Es decir, a mayor percepción de presión social para fumar, mayor será la disposición a consumir tabaco. Así mismo, el consumo de tabaco por parte de pares ($r_s = .359$, $p < .01$) y familiares ($r_s = .342$, $p < .01$), se asocian con una mayor intención de consumo. Lo que sugiere que la presencia de fumadores en el entorno cercano incrementa la contemplación de iniciar o mantener el hábito.

Por otro lado, el consumo de tabaco en el ámbito laboral se relaciona con una mayor cantidad de cigarros consumidos ($r_s = .390$, $p < .05$), lo que indica que el hábito tiende a intensificarse en el contexto del trabajo como lo es el trabajo agrícola. Además, la disponibilidad de tabaco mostró una relación negativa con la edad de inicio ($r_s = -.347$, $p < .01$) y una relación positiva con la intención de consumo ($r_s = .245$, $p < .01$). Estar expuesto a ofertas de tabaco en el entorno laboral se asocia con una menor edad de inicio y una mayor disposición a fumar (tabla 6).

Tabla 6. Coeficiente de Correlación de Spearman para el consumo de tabaco y la intención de consumo

Variable n= 273	Edad de inicio al consumo	Cantidad de cigarros	Intención de consumo
Norma subjetiva	.073	.129	.403**
Creencias normativas	.025	.272*	.493**
Motivación de ajuste	.079	.096	.363**
Consumo de pares	.023	.086	.359**
Consumo familiar	-.112	-.002	.342**
Consumo en el trabajo	.037	.390*	.049
Disponibilidad de tabaco en el campo	-.347**	.179	.245**

Nota. n= muestra, *p<.05, **p<.01.

De acuerdo con la tabla 7, el Modelo de Regresión Logística para la prevalencia global del consumo de tabaco fue significativo ($\chi^2= 133.61$, $p<.001$) con una varianza explicada del 53.5%. La norma subjetiva ($OR= 1.01$, $p<.05$), la intención de consumo ($OR= 1.99$, $p<.01$) y la disponibilidad de tabaco en el trabajo ($OR= 2.45$, $p<.05$) tienen efecto significativo sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida de los adolescentes trabajadores del campo.

Tabla 7. Predictores de la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida

Variable	B	EE	W	gl	p	OR	IC 95 % para OR	
							LI	LS
(Constante)	-2.944	0.383	59.171	1	.001	.053		
Norma subjetiva	0.012	0.006	4.252	1	.039	1.01	1.01	1.02
Intención	0.692	0.173	16.012	1	.001	1.99	1.42	2.80
Disponibilidad de tabaco	0.899	0.349	6.649	1	.010	2.45	1.24	4.86

$\chi^2= 133.61$, $R^2= 53.5\%$, $p<.001$

Nota. B= coeficiente de regresión, EE= error estándar, W= Wald, gl= grados de libertad, OR= razón de probabilidad, p= significancia, IC= intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS= límite superior, $\chi^2=$ Chi cuadrada, $R^2=$ coeficiente de determinación.

Discusión

Este estudio analizó el efecto de la norma subjetiva e intención de consumo sobre el consumo de tabaco en 273 adolescentes trabajadores del campo en Guerrero, México. La edad media de los participantes fue de 14 años, dato que va en línea con lo reportado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2024), que señala que, en México es frecuente la incorporación de adolescen-

tes al trabajo agrícola desde etapas tempranas, principalmente debido a factores como la pobreza y la necesidad de contribuir a la economía familiar.

Respecto a la norma subjetiva, la mayoría de los participantes señalaron que no creen que sus amigos, familiares y padres piensen que deberían fumar, sin embargo, el 17.9% considera como cierto que sus compañeros trabajadores del campo podrían invitarlos a consumir tabaco. En este sentido, más de la mitad de los adolescentes no se ajustarían a estas creencias de los demás. Estos hallazgos contrastan con lo reportado por López-Cisneros et al. (2020), quienes encontraron que los adolescentes en Campeche, México, tienden a verse influenciados por los consejos que realizan las personas de su círculo cercano sobre el consumo de tabaco. Una posible explicación para esta diferencia es que, en el contexto laboral del campo, el fumar tabaco está normalizado, y los adolescentes no sienten la necesidad de ser persuadidos directamente, simplemente lo perciben como una práctica común dentro del entorno laboral (Cottin et al., 2024).

Entre los adolescentes trabajadores del campo que no han fumado, el 73.9% señaló que no es probable que lo hagan en el futuro, mientras que el 25.8 % de quienes ya habían fumado indicaron que probablemente volverían a consumir. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Guzmán et al. (2022) en adolescentes del noroeste de México, pero difieren de los resultados obtenidos en adolescentes de España, donde el 52.8% tenía intención de no consumo (Tàpera et al., 2020). Esta diferencia podría explicarse por factores contextuales y culturales, como la exposición al consumo de tabaco en entornos laborales agrícolas, la falta de campañas de prevención adaptadas al medio rural y el acceso limitado a la información sobre los riesgos del consumo de tabaco (Talbot et al., 2019).

El 34.1% de los participantes había consumido tabaco alguna vez en la vida, y poco más de la mitad de ellos lo hizo en el último mes. Esta prevalencia es menor que la reportada en trabajadores del campo en Argentina y Brasil que va de un 56.6% a 62.6% (Alderete et al., 2020; Alves et al., 2021), pero superior a la encontrada en Ecuador e Irlanda, donde es menor al 6% (Gaona, 2023; O'Connor et al., 2023). Las diferencias podrían explicarse por la edad y el tipo de actividad agrícola, ya que los estudios internacionales incluyen adultos que trabajan en cultivos como el tabaco, lo cual se ha vinculado con mayor consumo (Anderson et al., 2022). En México, los participantes se dedican principalmente al cultivo de frijol y maíz (INEGI & SE, 2023).

Los adolescentes de 16 y 17 años presentaron un mayor consumo de tabaco en las cuatro temporalidades de prevalencia en comparación con sus compañeros de 15 años o menos. Este hallazgo coincide con lo documentado por Ortega et al. (2023), quienes señalan que durante la adolescencia tardía tiende a intensificarse el consumo de sustancias iniciado en etapas más tempranas. Además, el hecho de estar próximos a la mayoría de edad puede generar una percepción de mayor independencia, lo que podría motivar una mayor frecuencia en el consumo de tabaco como expresión de autonomía (Hamidullah et al., 2020).

Esta situación incrementa el riesgo de desarrollar dependencia a la nicotina, como se evidenció en el presente estudio, el 94% de los trabajadores del campo que consumieron tabaco en el último mes presentaron dependencia baja, mientras que el 6% mostró una dependencia media. Estos resultados superan los niveles reportados a nivel nacional (Reynales-Shigematsu et al., 2017). Esta diferencia puede atribuirse a las propiedades psicoactivas del tabaco, que generan dependencia, especialmente en adolescentes, cuyo cerebro aún se encuentra en desarrollo, lo que los hace más vulnerables a los efectos de la nicotina (Mahajan et al., 2021). Además, el hecho de fumar en un entorno donde otros trabajadores también consumen tabaco y estar expuestos constantemente al humo de segunda mano, puede potencializar la dependencia, tanto por los efectos químicos como por la normalización del hábito en el contexto laboral (Yang et al., 2021).

El 53.8% de los participantes se clasificó como experimentador del consumo de tabaco, mientras que el 6% mantiene un consumo continuo. La mayoría de los adolescentes de 12 a 13 y 16 a 17 años fueron identificados como experimentadores, y los de 14 a 15 años como exfumadores. Esta distribución coincide con datos nacionales y regionales (Barrera-Núñez et al., 2023). Esto puede deberse a que algunos adolescentes continúan el consumo tras iniciarse a edad temprana, mientras otros deciden dejarlo, lo que refleja la naturaleza cambiante del comportamiento tabáquico durante la adolescencia, influido por factores individuales, sociales y contextuales (Lin et al., 2023).

La norma subjetiva mostró una relación positiva y significativa con la intención de consumo de tabaco, en línea con lo reportado por Tàpera et al. (2020) en adolescentes africanos. Esta relación puede explicarse por la alta influencia del entorno social en la adolescencia temprana, donde la presión de pares puede motivar el consumo como forma de integración (Ribera-Osca et al., 2023). Aunque muchos participantes dijeron no seguir los consejos de personas cercanas, los resultados

indican que la norma subjetiva se asocia, especialmente en contextos laborales donde el consumo de tabaco está implícitamente aceptado (Sok et al., 2021).

El consumo de tabaco por parte de pares y familiares se relaciona con la intención de consumo, lo cual es coherente con los supuestos de la TCP, en la que se plantea que cuando un individuo percibe presión social por parte de personas cercanas, realiza una valoración de las creencias normativas asociadas y, en función del grado de motivación para ajustarse a dichas expectativas, se configura su intención de actuar (Hagger & Hamilton, 2025). En este caso, la influencia de pares y familiares puede aumentar la probabilidad de que los adolescentes desarrollen una intención favorable hacia el consumo de tabaco.

La norma subjetiva y la intención de consumo son factores clave que contribuyen significativamente a la prevalencia global del consumo de tabaco en los adolescentes trabajadores del campo. Diversos estudios realizados en contextos geográficos y socioculturales distintos, como México, África, Etiopía e Indonesia, han reportado hallazgos consistentes en este sentido (Geleta et al., 2022; López-Cisneros & Alonso-Castillo, 2022; Sutha et al., 2022; Tapera et al., 2020). Estos resultados pueden ser comprendidos a partir de la TCP, la cual sostiene que la conducta humana está determinada, en gran medida, por la norma subjetiva y por el antecedente próximo del comportamiento, la intención. En particular, la norma subjetiva puede influir en la intención de consumir tabaco, especialmente en contextos donde fumar es socialmente aceptado o incluso promovido, como en las actividades campesinas.

La disponibilidad de tabaco en el entorno laboral constituye un factor que favorece el consumo entre los adolescentes que participan activamente en este sector. Este hallazgo es consistente con los resultados de un estudio realizado en jóvenes agricultores en Argentina, donde se identificó una mayor prevalencia de consumo asociada al fácil acceso a productos de tabaco en el lugar de trabajo (Alderete et al., 2020). Esto indica que la exposición constante y la normalización del tabaco en estos espacios pueden facilitar el inicio y mantenimiento del hábito, especialmente en contextos con poca regulación. Los entornos juegan un papel clave en reforzar esta práctica, como ocurre cuando se ofrecen cigarrillos en el trabajo, lo que convierte el consumo en una conducta socialmente aceptada (Hoek et al., 2022).

Conclusiones

La norma subjetiva y la intención de consumo se identifican como factores de riesgo que aumentan la probabilidad de uso de tabaco en adolescentes guerrerenses que trabajan en el campo, junto con la disponibilidad de cigarros en el entorno laboral. Dado que el 34.1% ha consumido tabaco alguna vez en la vida y el 18.3% fumó en el último mes, con un 94% en dependencia baja a la nicotina y un 53.8% clasificado como experimentador, es necesario el diseño de intervenciones de enfermería que no sólo aborden factores personales, sino también consideren el contexto y la cultura del adolescente trabajador. La promoción de la salud en zonas rurales es clave para fortalecer estrategias de afrontamiento frente a la norma subjetiva y reducir la intención de consumo de tabaco.

Este estudio se centró en dos factores de la TCP, futuros trabajos deberían incluir variables como la actitud y el control conductual percibido para explicar el consumo de tabaco considerando un mayor número de elementos de la teoría.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. <https://tinyurl.com/3vzuy8wd>
- Alderete, E., Livaudais-Toman, J., Kaplan, Gregorich, C. S., Mejía, R., & Pérez-Stable, E. (2020). Youth working in tobacco farming: effects on smoking behavior and association with health status. *BMC Public Health*, 20(84). <https://shre.ink/t4S4>
- Alves, R. M., Santos, E. G. O., & Barbosa, I. R. (2021). Abuse of alcohol among farmers: Prevalence and associated factors. *PLoS One*, 16(8). <https://tinyurl.com/enewpndb>
- Anderson, S. M-da-S., Torales, J., Vieira, B. R. F., Moura, H. F., Waisman, C. M., Fidalgo, T. M., Ventriglio, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2022) Tobacco growing and tobacco use. *International Review of Psychiatry*, 34(1), 51-58. <https://shre.ink/t4Sv>
- Barrera-Núñez, D. A., López-Olmedo, N., Zavala-Arciniega, L., Barrientos-Gutiérrez I., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2023). Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. Ensanut Continua 2022. *Salud Publica de México*, 65(1), S65-S74. <https://doi.org/10.21149/14830>

- Cámara de Diputados el H. Congreso de la Unión. (2025). Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación. <https://tinyurl.com/3856nzz4>
- Congreso de la Unión. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. <https://shre.ink/t4Sb>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2024). La población jornalera agrícola en México y su situación de pobreza. CONEVAL. <https://tinyurl.com/3xkb3k45>
- Cottin, M., Catellin, M., De Guiran, E., Miliani, K., Josseran, L., & Gautier, S. (2024). Understanding adolescent consumption patterns and attitudes towards the “puff” on the path to a smoke-free generation: a 2022 French perspective. *Front Public Health*, 12, 1411099. <https://shre.ink/t4oV>
- Gaona, C. N. M. (2023). *Impacto por consumo de alcohol y drogas, en los trabajadores del área de cosecha de la empresa agrícola comercial Catamayo S.A del cantón Catamayo, de abril a octubre del 2023* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Loja]. <https://tinyurl.com/ccnb6au5>
- Geleta, T. A., Deriva, B. S., & Dirirsa, D. E. (2022). What Factors Encourage Young People to Engage in Substance Use? Substance Use and Associated Factors Among Youth in Southwest Ethiopia: A Community-Based Study. *Front Public Health*, 10, 796687. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8963955/>
- Guzmán, F. F. R., Bracamontes, R. K., Ibarra, E. O., & Candia, A. J. (2022). Intenciones del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes del noroeste de México. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 15(2), 9-17. <https://red.conl.mx/documentos/504>
- Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2025). Progress on theory of planned behavior research: advances in research synthesis and agenda for future research. *J Behav Med*, 48(1), 43-56. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11893630/>
- Hamidullah, S., Thorpe, H. H. A., Frie, J. A., Mccurdy, R. D., & Khokhar, J. Y. (2020). Consumo de sustancias en adolescentes y el cerebro: Correlatos conductuales, cognitivos y de neuroimagen. *Front Hum Neurosci*, 14(298), 1-27. <https://shre.ink/t4oB>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a

- revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://shre.ink/t4qO>
- Hernández, T. J. M., & Pérez-Méndez, M. A. (2023). Adulto Mayor, trabajo y seguridad social en el campo mexicano. *Análisis económico*, 38(99), 167–182. <https://shre.ink/t4qF>
- Hoek, J., Edwards, R., Waa, A. (2022). Del accesorio social a la desaprobación social: el tabaquismo, las normas sociales y los efectos del tabaco. *Control del Tabaco*, 31, 358–364. <https://shre.ink/t4qh>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía & Secretaría de Economía. (2023). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Gobierno de México. <https://shre.ink/t4q9>
- Ioannou, L. G., Foster, J., Morris, N. B., Piil, J. F., Havenith, G., Mekjavic, I. B., Kenny, G. P., Nybo, L., & Flouris, A. D. (2022). Occupational heat strain in outdoor workers: A comprehensive review and meta-analysis. *Temperature (Austin)*, 9(1), 67–102. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9154804/>
- Lin, M., Chu, M., Li, X., Ma, H., Fang, Z., Mao, L., Wang, P., Chen, T., & Chiang, Y. C. (2023). Factors influencing adolescent experimental and current smoking behaviors based on social cognitive theory: A cross-sectional study in Xiamen. *Front Public Health*, 11, 1093264. <https://shre.ink/t45y>
- López- Cisneros, M. A., & Alonso-Castillo, M. M. (2022). Determinantes de la conducta planeada como predictores del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Horizonte Sanitario*, 21(2), 300–307. <https://shre.ink/t45v>
- López-Cisneros, M. A., Telumbre-Terrero, J. Y., Castillo-Arcos, L. C., Noh-Moo, P. M., & Graniel-Thompson, L. G. (2020). Norma subjetiva y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de preparatoria. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 17(M), 75–93. <https://shre.ink/t45e>
- Mahajan, S. D., Homish, G. G., & Quisenberry, A. (2021). Multifactorial Etiology of Adolescent Nicotine Addiction: A Review of the Neurobiology of Nicotine Addiction and Its Implications for Smoking Cessation Pharmacotherapy. *Frontiers in Public Health*, 5(9), 664748. <https://shre.ink/t45f>
- O'Connor, S., Malone, S. M., Firnhaber, J., O'Shaughnessy, B. R., McNamara, J. G., & O'Hagan, D. (2024). Disordered alcohol and substance use in Irish farmers: A cross-sectional survey. *The*

- Journal of Rural Health*, 40(1), 173-180. <https://doi.org/10.1111/jrh.12783>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Tabaco Datos y Cifras. OMS. <https://shre.ink/t45Q>
- Ortega, L. A., Campos, E. L., Suárez, J. A., Barrios, K. P., & Rey, L. E. (2023). Adicción al tabaco y adolescencia: riesgos psicobiológicos. *Interdisciplinaria*, 40(1), 7-23. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.1>
- Peña, E., Osorio, D., Gamboa, Óscar, Caporale, J., Augustovski, F., Alcaraz, A., Bardach, A., Mejía, A., & Pichon, R. A. (2022). Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Colombia y potenciales beneficios sanitarios y económicos del aumento del precio del cigarrillo mediante impuestos. *Revista Colombiana de Cancerología*, 23(4), 135-143. <https://doi.org/10.35509/01239015.31>
- Polit, D. P., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed). Wolters Kluwer.
- Przybył, M., Przewoźniak, K., Barabasz, M., & Wojtyła, E. (2025). Sociodemographic inequalities in cigarette smoking, alcohol drinking and simultaneous use of cigarettes and alcohol among Polish farmers: findings from a questionnaire survey conducted among patients of a voivodeship farmers' rehabilitation centre in Poland. *Journal of Health Inequalities*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.5114/jhi.2025.149278>
- Reynales-Shigematsu, L. M., Zavala-Arciniega, L., Paz-ballesteros, W. C., Gutiérrez-Torres, D. S., García-Buendía, J. C., Rodríguez-Andrade, M. A., et al. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. <https://shre.ink/t45H>
- Ribera-Osca, J. A., Carrion-Valero, F., Martin-Gorgojo, V., Rando-Matos, Y., Martin Cantera, C., & Martin-Moreno, J. M. (2023). Characteristics of tobacco use among secondary school students: a cross-sectional study in a school in Valencia, Spain. *Frontiers in Public Health*, 3(11), 1069294. <https://shre.ink/t45m>
- Rodríguez-Kuri, S. E., Diaz-Negrete, D. B., Gracia-Gutiérrez., D. V., Guerrero-Huesca, J. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 68-81. <https://shre.ink/t4A6>

- Sok, J., Borges., J. R., Schmidt, P., & Ajzen, I. (2021). Farmer Behaviour as Reasoned Action: A Critical Review of Research with the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Agricultural Economics*, 72(2), 333-642. <https://shre.ink/t4AV>
- Summers, J. L., Peachey, K. L., & Lower, T. (2023). Una revisión narrativa de la fatiga en la agricultura y su impacto en las lesiones y la mortalidad en Australia. *Journal of Agromedicine*, 28(4), 621-639. <https://shre.ink/t4AC>
- Sutha, D. W., Prabandari, Y. S., & Padmawati, R. S. (2022). Smoking behavior among junior high school students based on the theory of planned behavior in Madura, Indonesia. *International journal of adolescent medicine and health*, 35(1), 6168. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2022-0061>
- Talbot, J. A., Williamson, M. E., Pearson, K. B., Lenardson, J., Ziller, E., Jimenez, F., Paluso, N., Munk, L., & Janis, J. (2019). Advancing Tobacco Prevention and Control in Rural America. National Network of Public Health Institutes. <https://shre.ink/t4AS>
- Tapera, R., Mbongwe, B., Mhaka-Mutepfa, M., Lord, A., Phaladze, N. A., & Zetola, N. M. (2020). The theory of planned behavior as a behavior change model for tobacco control strategies among adolescents in Botswana. *PLOS ONE*, 15(6), e0233462. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274417/>
- Thompson, R., Hagen, B. N. M., Lumley, M. N., Winder, C. B., Gohar, B., & Jones-Bitton, A. (2022). Mental Health and Substance Use of Farmers in Canada during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*, 19(20), 13566. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9602624/>
- Yang, X., Yan, Z., Xu, G., Tan, Y., & Zhu, J. (2021). How secondhand smoke exposure affects tobacco use and smoking susceptibility of adolescents: Sex and school differences. *Tobacco Induced Diseases*, 19(68), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.18332/tid/140094>

Capítulo 12. Creencias fatalistas y capacidades de autocuidado en mujeres con diabetes tipo II

LESLIE MARLEN GARCÍA-PÉREZ
ALMA LETICIA JUÁREZ-DE LLANO
PATRICIA MARISOL MÁRQUEZ-VARGAS
NOHEMÍ SELENE ALARCÓN-LUNA
ROSA MARÍA GALICIA-AGUILAR

Introducción

La Diabetes es uno de los principales problemas de salud en México ya que destaca como la causante principal de infartos, enfermedad vascular cerebral, muerte prematura, ceguera y amputaciones, generando altos costos para el gobierno y los pacientes para solventar gastos del tratamiento de las complicaciones las cuales pueden prevenirse (ISSSTE, 2019). Es así como la Diabetes se ha convertido en una crisis de salud pública que se está acercando a proporciones epidémicas a nivel mundial, amenazando la calidad de vida y bienestar de la población (International Diabetes Federation [IDF], 2019).

De acuerdo con los últimos datos publicados en la IDF (2021), se estima que a nivel mundial 537 millones de adultos de entre 20 y 79 años viven con diabetes. La Diabetes tipo 2 representa el 90% de todos los tipos de diabetes y se prevé que 643 millones de personas desarrollen diabetes para el año 2030 y 783 millones al inicio del año 2045. Por lo que respecta a México, 5.1 millones de las mujeres de 20 años y más tienen diabetes, esto supera al sexo masculino quienes representan 3.4 millones de la población con este padecimiento (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2021).

Al menos en México, la enfermedad se presenta con más frecuencia en las mujeres y es por ello que su salud es de gran importancia en el país, ya que se puede considerar que las mujeres son vulnerables debido a diversos aspectos como su fisiología, el desarrollo a través de la vida y el rol biológico-social de ser madres y cuidadoras de la familia. Sin embargo, es necesario que Enfermería asegure la capacidad

de autocuidado de la mujer para mejorar su condición de vida y evitar complicaciones a futuro (García-Valenzuela, Valtierra-Oba & Díaz de León-Castañeda, 2025).

Al ser una enfermedad crónica, la diabetes exige que los pacientes lleven su autocuidado de forma adecuada para mantener el control glucémico. Entre las principales recomendaciones para ello, se incluyen cumplir con una dieta equilibrada, actividad física regular, tener apego a su tratamiento farmacológico, vigilar su glucosa y cumplir con seguimientos frecuentes con su médico. Sin embargo, en el proceso de adaptación y fortalecimiento de la capacidad de autocuidado se pueden presentar factores que influyen en el cumplimiento de cuidado de la diabetes, tales como los de tipo cultural con relación a las creencias, valores, costumbres y tradiciones que favorecen o representan un obstáculo para el control de la enfermedad, estas creencias pueden ser fatalistas y limitar la mejoría del paciente (Caballero, 2018). Asociado a estas creencias, el paciente puede tener síntomas como estrés, angustia, entre otros trastornos que afectan su percepción y el cuidado de la enfermedad (Aguiar-Bernal IR, Miranda-Félix PE, Ortiz-Félix R., 2023).

Los pacientes con diabetes utilizan las expresiones fatalistas con frecuencia para evitar tomar responsabilidades enfocadas con su salud mediante conductas pesimistas y negativas para con ello postergar o eludir el inicio de cambios de estilo de vida. Estas creencias y actitudes tienden a minimizar las complicaciones de salud a futuro y generan angustia y dificultades para que los pacientes adquieran conocimientos y logren hacer las modificaciones pertinentes en su autocuidado (Mendoza-Catalán, Álvarez, Domínguez, Tolentino, Villa & Guzmán, 2025).

La literatura evidencia que las creencias fatalistas son una barrera para el fortalecimiento y el comportamiento diligente en salud, traduciéndose en una probabilidad de mala adherencia a la detección y el tratamiento de la enfermedad (Hag Hamed & Daniel, 2017). Así mismo, existe evidencia que indica que las mujeres presentan niveles moderados de fatalismo (Buichia, 2020), del mismo modo la presencia de altos niveles de creencias fatalistas en personas que padecen diabetes tipo 2 influye negativamente en la adherencia al medicamento, mal control glucémico y la disminución en la calidad de vida (Sukkarieh-Harat et al., 2018).

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre creencias fatalistas y capacidades de autocuidado en mujeres con diabetes mellitus tipo 2.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional debido a que se analizaron las asociaciones de las variables sin manipulación previa, limitándose a observar y documentar el fenómeno ocurrido (Grove, Gray & Burns, 2016). La población estuvo conformada por mujeres con diagnóstico de DM tipo 2, ubicadas en un sector urbano en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia debido al carácter exploratorio del estudio. El tamaño de la muestra se calculó a través del programa estadístico G* Power 3.1.9.7, con un nivel de confianza del 95%, un error de estimación de .05 y un coeficiente de correlación de .30 obteniendo una muestra total de 110 participantes.

Dentro de los criterios de inclusión para el estudio, se incluyeron a mujeres mayores de 18 años con al menos un año de diagnóstico de diabetes tipo 2, confirmado verbalmente, que se encontraran en tratamiento farmacológico, no farmacológico o ambos. Se excluyeron a mujeres con diabetes gestacional, así como aquellas que presentaron alteraciones visuales significativas que impidan su participación en las evaluaciones.

Se utilizó una cédula de datos personales organizada en dos secciones; la primera sección mostraba preguntas relacionadas a la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y horas de trabajo; la segunda sección, estuvo conformada por preguntas relacionadas a la patología como tiempo de diagnóstico, última cifra registrada de glucosa considerando la respuesta como alta-normal-baja (criterios establecidos por la Asociación Americana de Diabetes [ADA], 2024), tipo de tratamiento, comorbilidades presentes y registro de presión arterial al momento de la recolección clasificándola en las categorías: normal (120/80 mmHg), normal alta (120-129/80-84 mmHg), hipertensión etapa 1 (140-159/90-99 mmHg), hipertensión etapa 2 (160-179/100-109 mmHg) de acuerdo a la Norma oficial Mexicana 030-SSA-2009 (Secretaría de Salud Pública, 2009).

Los datos fueron recolectados a través de la Escala de Fatalismo de la Diabetes (DFS, por sus siglas en inglés, Diabetes Fatalism Scale), la cual evalúa el grado en el que una persona con diabetes percibe su

enfermedad como incontrolable o inevitable. La escala cuenta con 12 ítems conceptualizadas en tres subescalas: angustia emocional (preguntas 1, 2, 3, 4 y 5), afrontamiento religioso y espiritual (preguntas 6, 7, 8, y 9) y autoeficacia percibida (10, 11 y 12). El patrón de respuesta fue de tipo Likert con seis opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1), hasta totalmente de acuerdo (6); las preguntas 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 se recodificaron. Las puntuaciones más altas de angustia emocional indican una mayor frustración y angustia por la diabetes y por ende mayor fatalismo; en el caso del afrontamiento religioso y espiritual una mayor puntuación indicó disminución de afrontamiento y aceptación de la diabetes y en la subescala de autoeficacia percibida un puntaje alto indicó menor autoeficacia. En la sumatoria global, puntuaciones más altas representan creencias más fatalistas hacia la diabetes (Egede y Ellis, 2010). Tras su traducción, la validez y fiabilidad de la escala fue comprobada en pacientes diabéticos de población hispana/latina con un alfa de Cronbach de .79 (Salazar, 2019), similar a lo encontrado en este estudio.

Para determinar las capacidades del autocuidado se utilizó la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC), diseñado para evaluar el autocuidado de una persona, es decir, su capacidad para realizar acciones que promuevan su salud y bienestar e incluye la identificación de necesidades, la toma de decisiones y la acción para satisfacer esas necesidades. La escala se compone de 24 ítems basados en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Los ítems se organizan en un patrón de respuesta tipo Likert de cuatro puntos que van desde total desacuerdo (1), hasta total acuerdo (4). Para fines del análisis estadístico, los ítems 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20 y 23 se recodificaron. La escala tiene una puntuación máxima de 96 y el mínimo de 24; donde una mayor puntuación representa mayores capacidades de autocuidado. Este instrumento ha reportado confiabilidad aceptable ($\alpha = .73$) en estudios previos realizados en población mexicana (García, García, Arreguin & Landeros-Olvera, 2011), mientras que para este estudio fue de $\alpha = .79$.

Para realizar la recolección de los datos se contó con la aprobación del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Posterior a esto, se acudió a lugares públicos de elección por mujeres como tiendas de autoservicio, iglesias y áreas de recreación para invitar a las posibles candidatas que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Esta investigación se apegó a los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia

de Investigación para la Salud (Última reforma, 2014), considerando los aspectos éticos, donde las personas fueron informadas de manera verbal sobre el objetivo del estudio, los posibles riesgos y beneficios, garantizando el anonimato; en caso de aceptar la invitación se les entregó el consentimiento informado para su revisión y llenado. En todo momento se respetó la privacidad y la libertad de retirarse en caso de no desear continuar con la entrevista.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows®. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, para responder al objetivo del estudio. Dentro de la estadística descriptiva se calcularon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. En la estadística inferencial, se determinó la normalidad de los datos, la cual indicó una distribución sin normalidad; por lo que, para responder al objetivo general del estudio, se realizó un análisis de correlación Spearman.

Resultados

En este estudio la población se integró por 110 mujeres. De acuerdo con los resultados se encontró que la media de edad de las participantes fue de 56.96 años ($DE= 9.39$), con 7.81 años de escolaridad ($DE= 4.25$), casadas (50%), de religión católica (66.4%) y solo el 36.4% mencionó tener empleo al momento de la recolección (tabla 1). Con relación a aspectos clínicos, reportaron 11.31 años ($DE= 4.53$) de evolución de la diabetes, estar bajo tratamiento con hipoglucemiantes orales (82.7%), tener problemas de sobrepeso u obesidad (85.5%) y al menos el 50% de los participantes confirmó tener una comorbilidad asociada con la diabetes. Además, mantenían cifras altas de glucosa (74.5%) y más de la mitad la revisan algunas veces (54.5%).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

Variablen	F	%
Estado Civil		
Casada	55	50.0
Soltera	40	36.4
Viuda	15	13.6
Ocupación		
Trabajo	40	36.4
Ninguno	70	63.6
Religión		
Católica	73	66.4

Variables	F	%
Cristiana	22	20.0
Otra	15	13.6
Tipo de tratamiento		
Hipoglucemiantes	91	82.7
Insulina	7	6.4
Ambos	12	10.9
IMC		
Bajo peso	1	0.9
Normo peso	15	13.6
Sobrepeso	39	35.5
Obesidad	55	50.0

Nota: Cédula de datos personales, f = frecuencias, % = porcentajes

Respecto a las puntuaciones de las variables de estudio, se mostró que la variable de fatalismo tuvo una media de 26.87 ($DE=10.71$). En cuanto a las subescalas, se observó que la angustia emocional obtuvo el mayor puntaje, con una media de 15.74 ($DE= 8.76$), seguida del afrontamiento religioso y espiritual ($\bar{X}= 7.13$, $DE= 4.69$). Con respecto a las capacidades de autocuidado, se encontró altas puntuaciones, donde el promedio osciló en 72.16 ($DE= 7.49$).

Tabla 2. Puntuaciones generales de fatalismo y capacidades de autocuidado en mujeres con diabetes

Variables	$\bar{X}$	Mdn	DE	Min	Max
Escala de Fatalismo	26.87	25.52	10.71	12.00	57.00
Angustia emocional	15.74	14.00	8.76	5.00	30.00
Afrontamiento religioso y espiritual	7.13	5.00	4.69	4.00	24.00
Autoeficacia percibida	3.99	3.00	1.75	3.00	10.00
Escala de capacidades de autocuidado	72.16	72.00	7.49	43.00	88.00

Nota: $\bar{X}$ = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, $VMin$ = Valor Mínimo, $VMax$ = Valor Máximo

Para responder el objetivo general, se realizó un análisis bivariado, se observaron correlaciones negativas entre las creencias fatalistas y las capacidades de autocuidado ($r_s = -.360$, $p < .05$) en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. Mientras que, no hubo relación significativa del fatalismo con los años de diagnóstico ($r_s = -.107$, $p > .05$), la edad ($r_s = -.153$, $p > .05$) y la escolaridad ($r_s = -.026$, $p > .05$).

Discusión

El estudio tuvo como objetivo de determinar la relación entre las creencias fatalistas y capacidades de autocuidado en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. El autocuidado en enfermedades como la diabetes requiere que las personas desarrollen sus capacidades como parte esencial para el control de la enfermedad, donde los profesionales de la salud pueden contribuir en los resultados terapéuticos (Asociación Americana de Diabetes, 2019). La diabetes tipo 2 es una enfermedad compleja, el manejo entre mujeres puede estar condicionado a factores como la edad, complejidad del tratamiento, creencias internas, factores psicológicos, cognitivos y ambientales (Zaini et al., 2025).

En este estudio las capacidades de autocuidado de las mujeres entrevistadas tuvieron puntuaciones altas, estos resultados son consistentes con otros autores (Madero-Zambrano & Orgullos-Bautista, 2023), lo que indica que se perciben con capacidades para realizar acciones promotoras de salud, así como están preparadas para tomar decisiones en beneficio de la condición crónica que presentan. Se ha reportado que las mujeres son más proactivas a cumplir con las indicaciones como realizar el autocontrol de la glucosa, solicitar información para mejorar su salud y restringir conductas no saludables en comparación con los hombres. Incluso, se ha mencionado que el apoyo de la pareja puede fortalecer las capacidades para enfrentar las demandas del autocuidado (Zaini et al., 2025), como es el caso de las participantes del estudio que se encuentran en una relación marital. Aunado a esto, otros factores que condicionan esta percepción positiva de autocuidado pueden tener relación con los años de evolución (+10 años) y la edad (+ 50 años), lo cual se respalda en lo que señalan estudios previos, que el autocuidado varía de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil y los años de diagnóstico (Vite-Solorzano et al., 2020).

Bandura (1997) afirma que la creencia de un individuo en su capacidad para mejorar sus conductas de salud fortalece su bienestar a futuro. Por lo que, ante la presencia de un padecimiento crónico, la percepción y aceptación que se tenga sobre el diagnóstico impacta en la toma de decisiones para el autocuidado. En este sentido, a pesar de que las participantes mantienen creencias de buen autocuidado, se evidenció que no siempre se aplica a la vida diaria debido a que presentaron problemas de sobrepeso y obesidad, tienen al menos una comorbilidad asociada a la diabetes y mantienen cifras altas de glucosa, lo que demuestra el no control de la enfermedad. Estas características clínicas

son semejantes con otros estudios realizados en población mexicana (Alarcón-Luna et al., 2024), lo cual evidencia que el perfil clínico es similar cuando se comparte un padecimiento como la diabetes tipo 2.

Se encontró que las creencias fatalistas se relacionan negativamente con las capacidades de autocuidado, como lo indica la literatura (Egede et al., 2025; Mendoza-Catalán et al., 2023), al resumir a medida que se incrementan los pensamientos fatalistas disminuye el cumplimiento del autocuidado. Cuando ambas variables se evalúan en diabetes, representan dos conceptos que predicen los resultados clínicos y conductuales de las personas adultas que padecen diabetes tipo 2. Las creencias fatalistas son ideas o pensamientos que se tienen sobre experiencias o eventos que pasan en la vida de las personas, como la presencia de enfermedades; se refiere a conceptos relacionados con la suerte, destino o fatalidad y pueden condicionar el desarrollo de capacidades o conductas para tomar decisiones en función de la mejora de la salud (Salazar-Collier et al., 2021).

En este estudio, las participantes presentaron un nivel moderado de fatalismo en relación con la diabetes, similar a estudios realizados en mujeres indígenas mexicanas con diabetes (Buichia et al., 2024). Cuando los pensamientos fatalistas predominan, las personas experimentan consternación o angustia ante el pronóstico de mantener bajo control la enfermedad; los autores Mendoza-Catalán et al (2023) establecen que estos pensamientos se vinculan con un menor autocuidado, no adherencia al tratamiento y con altos niveles de glucosa. En el caso de las mujeres el cumplimiento de responsabilidades o actividades diarias en ocasiones podrían sobrepasar sus capacidades para mantenerse saludables, debido a los diferentes roles que cumplen, lo que propicia un bajo autocuidado de su salud.

Se encontró que las mujeres presentaron angustia emocional, lo que puede tener relación con realizar menos acciones para mejorar su estilo de vida y seguir las recomendaciones de tratamiento indicado. Estudios reportan que el diagnóstico de diabetes afecta la conducta de las personas a través de emociones y sentimientos negativos que afectan su vida social caracterizada por baja autoestima, aislamiento, desconfianza en la enfermedad y hacia el futuro mismo. Por ello, las creencias son importantes ya que determinan las condiciones de vida y están dadas por aquello que tiene un significado para las personas; el cuidado de la diabetes dependerá de lo que crea que es mejor, desde utilizar sus propios remedios caseros para contrarrestar la enfermedad, así como en una fuerza sobrenatural que cura y salva (Galimberti et al., 2020).

En conjunto, estos resultados destacan la importancia de abordar no solo los aspectos clínicos de la diabetes, sino también los factores psicológicos y emocionales que inciden directamente en el autocuidado.

Por otro lado, hubo puntuaciones relativamente bajas de la subescala de afrontamiento religioso y espiritual, así como la autoeficacia percibida, sugieren una menor presencia de creencias fatalistas en estos ámbitos, lo cual coincide con otros estudios (Sukkariéh-Haraty et al., 2017). Esto es positivo, ya que implica que las participantes recurren al afrontamiento espiritual para aceptar sus enfermedades y tienden a confiar más en su capacidad personal para manejar su enfermedad, lo cual favorece una mayor adherencia a las prácticas de autocuidado.

Una limitación del estudio fue la selección por conveniencia de las participantes y la muestra limitada para establecer generalidades sobre los hallazgos encontrados. Se requieren más investigaciones para comprender los factores culturales que influyen en los comportamientos de salud y condiciones de vida que afectan los resultados clínicos de quienes padecen diabetes.

Conclusiones

Las creencias fatalistas de las mujeres con diabetes se relacionaron negativamente con las capacidades de autocuidado, donde la subescala de angustia emocional presentó las puntuaciones más altas, lo cual indica que la presencia de frustración y angustia constante ante el diagnóstico de la diabetes. Por lo que es necesario desarrollar intervenciones psicoeducativas y programas de apoyo emocional para fomentar una mayor autonomía y adherencia a las recomendaciones médicas, promoviendo así mejores resultados en la salud de mujeres con esta patología.

Referencias

- Aguiar-Bernal IR, Miranda-Félix PE, Ortiz-Félix R. (2023). Estrés psicológico y angustia por diabetes en adultos con diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática. *Rev Cienc Salud*, 21(2):1-14. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v21n2/2145-4507-recis-21-02-1c.pdf>
- Alarcón-Luna, N. S., Lerma-Valdez, A., Rodríguez-Santamaría, Y., Márquez-Vargas, P. M., Juárez-Medina, L. L., & Zúñiga-Vargas, M. L. (2024). Asociación entre hábitos alimenticios y

- rasgos de personalidad en adultos con diabetes tipo 2. *Horizonte de Enfermería*, 35(3), 1131-1146. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.3.1131-1146
- American Diabetes Association. (2024). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Supplement_1), S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/ Times Books/ Henry Holt & Co. <https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000>
- Buichia, S. F., Miranda, F. P., Ortiz, F. R., Ramírez, J.L., García, S. J. (2024). Creencias fatalistas y control glucémico en mujeres indígenas con diabetes mellitus tipo 2. *Mujer Andina*, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.36881/ma.v3i1.896>
- Caamaño-Pérez, M.C. (2018). Creencias y normas sociales asociadas con obesidad y riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares en mujeres de Querétaro. Tesis inédita de obtención de grado doctoral. Ri-Ng.uaq.mx. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/8187>
- Caballero, A. E. (2018). The “A to Z” of Managing Type 2 Diabetes in Culturally Diverse Populations. *Frontiers in endocrinology*, 9 (479). <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00479>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.” *Gobierno de México*. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4447_RLGSMIS.pdf
- Egede, L. E., Campbell, J. A., Walker, R. J., Fraser, R. A., & Ekwunife, O. (2025). Understanding the roles of fatalism and Self-Efficacy on clinical and behavioral outcomes for African American with type 2 diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 25(1), 31. <https://doi.org/10.1007/s11892-025-01586-2>
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Development and psychometric properties of the 12-item diabetes fatalism scale. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1), 61-66. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1168-5>
- Galimberti, O. M., Prado, J. J., & Gutarra, V. J. (2020). Factores culturales y emocionales de los pacientes diabéticos frente a la enfermedad. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 2(3), e193. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.3.193>
- García, M, García, G., Arreguin, S.L., & Landeros-Olvera, E. (2011). Capacidades de autocuidado y percepción de salud en mujeres

- con y sin preeclampsia. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería, Colombia* 8 (2), 7-14. https://www.researchgate.net/publication/341566058_Capacidades_de_autocuidado_y_percepcion_de_salud_en_mujeres_con_y_sin_preeclampsia
- García-Valenzuela, Valtierra-Oba & Díaz de León-Castañeda, (2025). Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en mujeres mexicanas. *Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*. 35(1) <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2960>
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N., (2016). *Investigación en Enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier España.
- Hag Hamed, Dana & Daniel, Marguerite, (2017). The influence of fatalistic beliefs on health beliefs among diabetics in Khartoum, Sudan: a comparison between Coptic Christians and Sunni Muslims. *Global Health Promotion*. 26. 175797591771588. [10.1177/1757975917715884](https://doi.org/10.1177/1757975917715884).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], (2021). Estadísticas A Propósito Del Día Mundial De La Diabetes (No.645/21). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], (2019). *Diabetes, uno de los principales problemas de salud en México*. Gob.mx. <https://www.gob.mx/issste/articulos/diabetes-uno-de-los-principales-problemas-de-salud-en-mexico>
- International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas (10.a ed.), 32-33 https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- International Diabetes Federation [IDF], (2019). IDF Diabetes Atlas (9.a ed.), 10-37 <https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/02/IDF-Atlas-9th-Edition-EN.pdf>
- Madero-Zambrano, K. P., & Orgulloso-Bautista, C. A. (2023). Prácticas de autocuidado que realizan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena-Colombia, 2021. *Revista Cuidarte*, 13(3), e2534. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2534>
- Mendoza-Catalán G, Álvarez Aguirre A, Domínguez Chávez CJ *et al.* (2025). Fatalism and knowledge associated with type 2 diabetes mellitus risk perception in the Mexican population during COVID-19 confinement [version 2; peer review: 1 approved with

- reservations, 2 not approved]. *F1000Research* **2025**, 12:771 <https://doi.org/10.12688/f1000research.134266.2>
- Mendoza-Catalán, G., Figueroa-Perea, J. G., Gallegos-Cabriales, E. C., Salazar-González, B. C., Onofre-Rodríguez, D. J., González-Ramírez, J. (2023). Fatalistic beliefs, self-care, and HbA1c in Mexican men with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Medicine* 102(31): 34594. 10.1097/MD.00000000000034594
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. (2010). Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf>
- Vite-Solorzano, F. A., Barrera-Paz, L., Sornoza-Párraga, J. A., & Salazar-Morrillo, A. V. (2020). Autocuidado, condicionantes y evolución de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4(8), 200-218. <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i8.1011>
- Salazar-Collier, C. L., Reininger, B. M., Wilkinson, A. V., & Kelder, S. H. (2021). Exploration of fatalism and religiosity by gender and varying levels of engagement among mexican-american adults of a type 2 diabetes management program. *Frontiers in Public Health*, 9, 652202. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.652202>
- Salazar, C. L. (2019). Evaluating Religiosity Across the Lifespan and Fatalistic Beliefs Among Patients of a Chronic Care Management Intervention Program with Type 2 Diabetes. *DigitalCommons@TMC*. https://digitalcommons.library.tmc.edu/uthsph_dissertso pen/80/?fbclid=IwAR3PM6SSAp9eDknBF-cSk3SNBQlt0VXp_qFowUhn6wadSFXOHbv3Z8mPy3g
- Sukkarieh-Haraty, O., Egede, L. E., Abi Kharma, J., & Bassil, M. (2019). Diabetes fatalism and its emotional distress subscale are independent predictors of glycemic control among Lebanese patients with type 2 diabetes. *Ethnicity & Health*, 24(7), 767-778. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1373075>
- Zaini, N., Idris, I. B., Ahmad, N., Hashim, S. M., Abdullah, N. N., & Shamsusah, N. A. (2025). Enhancing self-care management among women with type 2 diabetes mellitus. *Scientific reports*, 15(1), 13093. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-96308-9>

Capítulo 13. Consumo de drogas licitas (tabaco y alcohol) relacionado con problemas de salud en adultos

DE VALLE-ALONSO MARÍA DE JESÚS

MARTHA DALILA MÉNDEZ-RUIZ

CARLOS REYES-SÁNCHEZ

RAMOS-ZAMORA JOSÉ ADOLFO

HUANTE-SÁNCHEZ YARETHZI ELIZABETH

Introducción

Las asambleas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el control de las drogas especifican el uso de estas, como lícito e ilícito (Cendhiu, 2025), encontrándose entre las drogas lícitas el alcohol y el tabaco, tan perjudiciales para la salud como las drogas de uso ilícito. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000 – 2025 en OMS, 2023a) ha informado, que aproximadamente el 80% de 1300 millones de individuos consumidores de tabaco, habitan en países de medianos y bajo ingresos, donde la morbilidad y mortalidad es más alta, vinculadas al uso del tabaco. Mundialmente, la manera más común del uso de tabaco es fumando cigarrillos y aunque su consumo sea legal, este es nocivo para la salud en todas sus formas. (Organización Mundial de la Salud, 2023a). Por otra parte, el alcohol o bebidas alcohólicas contienen etanol, sustancia psicoactiva y tóxica que puede causar adicción, además de estar relacionado con riesgos importantes y daños a la salud por lo que se ha comprobado que el consumo de Alcohol se encuentra entre las causas de traumatismos y de más de 200 enfermedades, así como de otras alteraciones a la salud (OMS, 2024).

Así mismo, según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la OMS (2025) a nivel mundial, China es el mayor productor y consumidor de tabaco, contando con más de 300 millones de consumidores, perteneciendo esta cantidad alrededor de un tercio del total global de consumidores, mismas condiciones que guarda la India, presentando las tasas más altas de uso de tabaco, habiendo 253 millones de consumidores. En el continente americano, el periódico la República

informó que según un estudio realizado por la OMS el primer lugar en el consumo de tabaco, lo tiene Chile siendo el país que consume más tabaco con una prevalencia de 28.2% en donde los varones se diferencian con un 30.6% en comparación con las mujeres que el 25.8% consumen cigarrillos En un segundo lugar se encuentra Argentina con una media de 23.1% y, en tercer lugar, Uruguay con una media de 19.3% respectivamente. (Maza, 2024).

En México, según el Boletín de la OPS (2023 en Gobierno de México, 2024) la prevalencia de consumo de tabaco es de 15.3% (14.3 millones) en habitantes de 15 años o más, de ellos el 7.3% (3.5 millones) son mujeres y un 23.8% (10 millones 8 mil) varones. De ellos el 6.6% (5.5 millones) fuman diariamente y el 11% (9.4 millones) fuma de manera ocasional, la prevalencia de consumo de tabaco es menor en las mujeres (3 %) respecto a los hombres (10.5 %). (Gobierno de México, 2024). En Tamaulipas la Secretaría de Salud (SSA) Federal ha desarrollado estudios que indican que alrededor de 14% de personas de 12 a 65 años consumen tabaco. Lo que equivale a por arriba de 355 mil que consumen tabaco en el estado. Claramente se trata de una cantidad impresionante que lleva a pensar sobre la repercusión del tabaquismo en la salud pública y la importancia de tomar medidas provisionarias. De los datos más impresionantes en estos estudios efectuados por la SSA son referente a que la mayor parte de los consumidores de tabaco son varones, mismos que representan el 73% del total de fumadores, en donde el 4.7% de consumidores son menores de edad. (Mendoza, 2024)

Por otro lado, en cuanto al consumo de alcohol en México, un estudio realizado a través del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua en el 2022 expuso la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes, misma que correspondió, en el último año y mes a 20.6 y 13.9%. En los adultos reveló, excesivo consumo en el último año y en el último mes siendo de 55.5% y 40.4%, lo que denota que en cuanto a género las prevalencias fueron mayores en varones que en mujeres.

Además, al hacer una revisión de literatura sobre los problemas de salud por el consumo de tabaco, se encontraron enfermedades bucales como periodontitis, gingivitis, neoplasias como de boca, lengua, garganta, así como la de vías superiores e inferiores del sistema respiratorio como EPOC, neoplasia y neumonía (Recalde et al., 2022; Suarez et al., 2021). También existen complicaciones cardiovasculares, cardiopa-

tía y accidentes vascular cerebral (Payaslián et al., 2023) sin olvidar las afectaciones durante el embarazo.

Respecto a los problemas de salud que se presentan por el consumo de alcohol, este ha contribuido al desarrollo de múltiples enfermedades y lesiones a nivel físico, psicológico y social (Chávez & Rodríguez, 2024). Cabe señalar que los efectos y el grado de las consecuencias, dependerán de factores tales como el nivel de la concentración de la bebida alcohólica consumida y la cantidad ingerida; estas son algunas de ellas por el consumo de alcohol en los diversos organismos. Trastornos neurológicos y psiquiátricos ya sea en el cerebro, cerebelo, tronco del encéfalo o nervios periféricos, enfermedades cardiovasculares, trastornos digestivos, trastornos sexuales reproductivos y problemas sociales (Acosta-Obando et al., 2024; Sierra et al., 2025; Valdez et al., 2023).

Con los datos anteriores se demuestra el consumo de sustancias lícitas como el tabaco y alcohol y como estos son un verdadero problema en los adultos, que, al consumirlos, favorecen la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas. Sin embargo, no existe evidencia científica que muestre dicha relación en los adultos de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio es conocer la relación entre el consumo de tabaco y alcohol y los problemas de salud en adultos que acuden a una asociación de rehabilitación de alcohólicos anónimos.

Metodología

El estudio corresponde al corte transversal, con diseño descriptivo y correlacional. La población estuvo integrada por adultos de 20 a 59 años, de ambos sexos, pertenecientes a una asociación de rehabilitación de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico y los participantes fueron seleccionados por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por el total de asistentes a la asociación de rehabilitación ($n=70$).

Los instrumentos utilizados fueron la Cedula de datos sociodemográficos y un instrumento auto aplicable que midió el consumo de alcohol y tabaco, el primero, tuvo como objetivo recabar información sobre datos personales de los participantes como son: la edad, sexo, estado civil, enfermedades que padece conformado por 20 reactivos. El cuestionario Fagerström (FTND) para medir el consumo de tabaco. La escala está conformada por 6 reactivos y se contestan de dos modos diferentes: cuatro de ellos son de respuesta dicotómica (0-1 puntos) y

los otros dos reactivos se responden según una escala tipo Likert de cuatro respuestas (0-3 puntos). Puntaje mínimo de la escala es de 0 y máximo 10 (Heatherton et al, 1991 en Arias-Gallegos et al, 2018), lo que significa que a mayor puntuación mayor dependencia nicotínica.

Así mismo se utilizó la prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) para medir el consumo de alcohol y valorar la frecuencia y cantidad de consumo, la existencia de síntomas de dependencia y las repercusiones perniciosas relacionadas con el consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol (Rolón, et al, 2024), la escala es de tipo Likert y está conformada por 10 reactivos, los reactivos del 1 a 3 tiene un patrón de respuesta donde 0= nunca, 1= una o menos veces al mes, 2= de dos o cuatro veces al mes, 3 =dos o tres veces por semana y 4 =cuatro o más veces por semana. (Rolón, et al, 2024), siendo muy satisfactoria su aplicación en este estudio.

El reactivo 2 tiene cinco opciones de respuestas donde 0= 1 o 2 copas, 1= 3 o 4 copas, 2= 5 o 6 copas, 3= 7, 8 o 9 copas y 4= 10 o más copas. El reactivo 3 con opciones de repuesta 0= nunca, 1=menos de una vez al mes, 2 =mensualmente, 3 =semanalmente y 4 =a diario o casi a diario. El reactivo 10 tiene 3 opciones de respuesta donde 0= no, 2= sí, pero no en el último año y 4= sí, en el último año. El puntaje de este instrumento se puede obtener un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos, lo que significa que a mayor puntaje mayor consumo dañino de alcohol. El AUDIT en una muestra mexicana con una consistencia interna aceptable, con un Alpha de Cronbach de $\alpha = 0.84$.

Para la recolección de datos, se solicitó la autorización por escrito de las autoridades de la Asociación de Rehabilitación, sede del estudio. Después, fueron seleccionados los participantes, por conveniencia y se les citó en una hora y espacio establecidos por las autoridades del lugar. Una vez reunidos se procedió a explicar de forma clara y sencilla los objetivos de la investigación, los instrumentos a aplicar y el tiempo requerido para contestar las encuestas. Se invitó a participar los adultos seleccionados, especificando que aquellos que no desearan participar se encontraban en total libertad de retirarse no afectando su condición dentro de la asociación y se les informó que los datos proporcionados serían confidenciales y anónimos.

Antes de realizar la recolección de datos se otorgó a los participantes un Consentimiento Informado, donde se explicaban los objetivos, descripción o procedimientos del estudio, riesgos o inquietudes, entre otros datos, mediante el cual los adultos declaraban aceptar su participación en el estudio de manera voluntaria. Una vez firmado el

consentimiento, se inició la recolección de datos. Se solicitó que iniciaran a responderlos, en primer lugar, la Cédula de Datos Personales y problemas de salud relacionados al consumo de tabaco y alcohol, continuando con la prueba de Fagerström, posteriormente se aplicó la prueba de AUDIT.

Estuvimos colocadas a una distancia prudente en el aula asignada por si surgían dudas en el transcurso del llenado de los instrumentos. Se les pidió a los participantes que al terminar de contestar los cuestionarios fueran guardados dentro de un sobre amarillo y éste lo depositaran en una caja forrada y sellada localizada en el fondo del aula para que tuvieran la seguridad de que su participación sería anónima. Una vez concluida la recolección de datos, se agradeció su colaboración y se les informó que éstos serían resguardados en un lugar seguro durante un año y que posterior a ello serán destruidos. Se les agradeció a las autoridades de la institución educativa por su colaboración.

Para la elaboración de este estudio, se cumplió con lo establecido en lo reglamentado en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 2014) en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 respeto a la dignidad de las personas. Al Artículo 16, que protege la privacidad de los participantes, razón por la cual en ningún momento de la investigación se pidió datos personales (nombre o dirección) que pudieran poner en riesgo su identidad. Esta investigación fue acorde con el Artículo 17, Fracción II, ya que perteneció a un estudio de riesgo mínimo, en donde solo se utilizan los instrumentos autoaplicados.

El análisis de datos se realizó con el Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 20.0. Se utilizó la estadística descriptiva y la inferencial. La estadística descriptiva para medir los datos sociodemográficos. La inferencial se utilizó para realizar las pruebas de Kolmogórov-Smirnov, la corrección de Lilliefors y así determinar la normalidad de la distribución de las variables continuas y numéricas. También para responder el objetivo general que indica “Conocer la relación entre los problemas de salud y el consumo de tabaco y alcohol en adultos que acuden a una asociación de rehabilitación”, la prueba de correlación de Spearman.

Así también para responder el objetivo específico número uno que indica “Conocer las prevalencias de los problemas de salud por consumo de tabaco y alcohol en adultos”. Para responder el objetivo específico número 2 que planteo “Conocer las diferencias de los problemas de salud por consumo de Tabaco y Alcohol de acuerdo con

el sexo en adultos”, se utilizó estadística inferencial como medida de tendencia central (y *Mdn.*), así mismo debido a que no se presentó normalidad en la distribución de los datos se empleó la prueba de U de Mann-Whitney para conocer el número de enfermedades por consumo de Tabaco y alcohol de acuerdo con el sexo.

Para responder el objetivo específico número tres que indica “Conocer las diferencias de los problemas de salud por consumo de Tabaco y Alcohol de acuerdo con la edad” se utilizó la estadística inferencial como medida de tendencia central (y *Mdn.*), así mismo debido a que o se presentó normalidad en la distribución de los datos se empleó la prueba de H de Kruskal-Wallis para conocer el número de enfermedades por consumo de Tabaco y alcohol de acuerdo con la edad.

Resultados

La consistencia interna de los instrumentos se determinó a través del Alpha de Cronbach, mostraron una consistencia interna aceptable, la prueba de dependencia a la nicotina, el test de Fagerström ($\alpha=.76$) y el Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol ($\alpha=.83$). De acuerdo con la normalidad de los datos, se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors mostró que los datos no siguen una distribución normal. Por ende, se utilizó pruebas no paramétricas.

De acuerdo con los datos sociodemográficos se obtuvo que el rango de edad de los participantes estuvo entre 20 a 50 años, en cuanto al género 74.3% (52) eran varones y 25.7% (18) eran mujeres, el 57.1% (40) vivían sin pareja, el 42.9% (30) con pareja (casados o en unión libre).

En la tabla 1 se muestra que las enfermedades con mayor prevalencia por consumo de tabaco son enfermedades pulmonares 37.1% (26), úlceras gástricas con 35.7% (25), hipertensión arterial con 30.0% (21) y la más baja prevalencia está el cáncer en general, con referencia a las enfermedades con mayor prevalencia por consumo de alcohol los más alta prevalencia fueron: Pérdida de memoria con 30.0% (21), depresión con 27.1% (19), anemia con 20.0% (14) y cirrosis hepática 17.1% (12) y con prevalencia nula está el cáncer y la impotencia sexual

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades por consumo de Tabaco y Alcohol

	<i>f</i>	%
Enfermedades por consumo de Tabaco		
En Ermedades pulmonares	26	37.1
Úlceras gástricas	25	35.7
H hipertension	21	30.0
Cancer (especifique)	1	1.4
Impotencia sexual	2	2.9
Enfermedades por consumo de Alcohol		
P Perdida de memoria	21	30.0
De Depresion	19	27.1
An Anemia	14	20.0
Ci Cirrosis hepatica	12	17.1
Cáncer	0	0
P Pancreatitis	0	0

Nota: frecuencia y porcentajes de enfermedades por consumo de Tabaco y Alcohol

En la tabla 2 se muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los índices de enfermedades por consumo de tabaco de acuerdo con el género ($U=459.500$, $p>.050$), por consumo de alcohol de acuerdo con el género ($U=432.000$, $p>.050$).

Tabla 2. Prevalencias de consumo de Tabaco y Alcohol según el género

<i>Variables</i>	<i>N</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Numero de Enfermedades por consumo de Tabaco				
Femenino	18	1.06	1.00	459.500 .900
Masculino	52	1.12	1.00	
Numero de Enfermedades por Consumo de Alcohol				
Femenino	18	1.12	1.00	432.000 .603
Masculino	52	1.12	1.00	

Nota: n=70, =media, Mdn =mediana, U= U de Mann-Whitney, p= significancia

En la tabla 3 se muestra que no existió diferencias estadísticas significativas en el caso de números de enfermedades por consumo de tabaco según la edad ($H=3.057$, $p>.050$), en la relación a las enfermedades por consumo de alcohol según la edad no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($H=9.298$, $p>.050$)

Tabla 3. Numero de Enfermedades por consumo de Tabaco y Alcohol según su edad

Variables	N	Mdn	H	P
Numero de Enfermedades por consumo de Tabaco				
20-32 años	29	.93	1.00	3.057 .383
33-44 años	20	1.25	1.00	
45-56 años	15	1.13	1.00	
57-68 años	6	1.33	1.50	
Numero de Enfermedades por Consumo de Alcohol				
20-32 años	29	.76	1.00	9.298 .260
33-44 años	20	1.35	1.00	
45-56 años	15	1.60	1.00	
57-68 años	6	1.17	1.00	

Nota: n=70, = Media, Mdn=Mediana, H= Kruskal-Wallis, p=significancia

En la tabla 4 se mostró que no existió relación entre el consumo de tabaco, alcohol y los problemas de salud. ($r_s = .136$, $p > .050$), ($r_{se} = .142$, $p > .050$).

Tabla 4. Relación entre el consumo de tabaco y alcohol y los problemas de salud y en adultos

	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol
Enfermedades por consumo de tabaco	.136 (.262)	
Enfermedades por consumo de alcohol		.142 (.243)

Nota: rs= Coeficiente de correlación de Spearman, p= significancia

Discusión

En este estudio, al identificar la relación entre el consumo de tabaco y alcohol y los problemas de salud en adultos, se pudo comprobar que no hubo relación entre los problemas de salud y el consumo de tabaco y de alcohol en adultos, a través de la prueba de Coeficiente de correlación Spearman. Esto puede deberes a la presencia de otros factores (herencia y uso de otras drogas) independientemente del consumo de estas drogas licitas. Estos resultados difieren con la OMS (2023a) la que señala que la tasa de morbilidad relacionada con el consumo de tabaco es más elevada en los países de ingresos medianos o bajos en donde el 80% de 1300 millones de individuos consumen tabaco (OMS, 2021 en OMS, 2023a). Por lo anterior la diferencia puede ser ya que esta investigación se hizo en pacientes de un centro de rehabilitación, los cuales quizá consumían otro tipo de droga que interfiere en los

resultados o también debido al tamaño de la muestra, pero el segundo caso muestra que el diario contacto con el tabaco durante arduas horas de trabajo aumenta el riesgo del desarrollo de diversas enfermedades, lo que confirma el impacto del tabaco en la salud.

Sin embargo, los resultados del objetivo número uno: “Identificar las prevalencias de los problemas de salud por consumo de tabaco y alcohol en adultos”, la estadística descriptiva resaltó, como la mayor prevalencia, las enfermedades pulmonares (Asma, Bronquitis aguda, Enfisema pulmonar) por consumo de tabaco y por consumo de alcohol, prevaleció la pérdida de memoria. Estos resultados coinciden con Han, Moore, Sherman, & Palamar (2018), los que encontraron mayor prevalencia de enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, diabetes, hipertensión, incluyendo accidentes cerebrovasculares y úlceras) ya que la población es similar en ambos estudios.

Goedemans, Bax, & Delgado (2020) manifiestan que ambas patologías están relacionadas, y que los enfermos con Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónica tienen mayor riesgo de Infartos Agudos del Miocardio y un mayor riesgo de eventos adversos como lo es la muerte, lo que nos lleva a pensar que la prevalencia fue el EPOC, ya que su estudio fue sobre las causas de la mortalidad, luego entonces los IAM surgieron secundarios al EPOC, los que causaron la muerte.

Así mismo en cuanto a las enfermedades por consumo de alcohol, también hay divergencia con el presente estudio en donde la enfermedad con mayor prevalencia fue la pérdida de la memoria, esto debido a los trastornos neurológico y función cerebral, señalados por Acosta-Obando et al., 2024; Sierra et al., 2025; Valdez et al., 2023. Por el contrario, los autores: Han, Moore, Sherman, & Palamar (2018), discrepan en cuanto a la prevalencia en la salud mental (episodios depresivos mayores o ansiedad) en donde no se observó diferencias significativas entre los bebedores y los no bebedores de alcohol.

De acuerdo con el objetivo número dos: Establecer las diferencias de los problemas de salud por consumo de tabaco y alcohol de acuerdo con el sexo en adultos, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los índices de enfermedades por consumo de tabaco y alcohol según el sexo. En cuanto a enfermedades por consumo de alcohol, los resultados fueron diferentes con Vaca-Quintana et al. (2024) quienes encontraron diferencias importantes del consumo por género, encontrando que los hombres mostraron un mayor consumo de alcohol y tabaco que las mujeres, registrando estas un consumo no riesgoso.

De acuerdo con el objetivo específico número tres “Reconocer las diferencias de los problemas de salud por consumo de tabaco y alcohol con base en la edad” la prueba de Kruskal-Wallis comprobó que no existió diferencias significativas en el número de enfermedades por consumo de tabaco según la edad. La American Cancer Society (2018) sostiene que en todas las edades es perjudicial el tabaco para la salud, aunque afirma que los adolescentes que empiezan a consumir tabaco a muy corta edad están más en riesgo. Tampoco hubo diferencia en el número de enfermedades por consumo de alcohol y la edad.

Conclusiones

Se concluye que, los datos recopilados señalan que no existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y alcohol y los problemas de salud en personas adultas que concurren a una agrupación de rehabilitación, a pesar de que se determinaron prevalencias de enfermedades asociadas al consumo de estas sustancias. Igualmente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de problemas de salud en función del género o la edad de los participantes.

Referencias

- Acosta-Obando, A. N., Cisneros-Legarda, D. M., Martínez-Vera, V. D., & Aguilar-Berrezueta, R. J. (2024). Presencia o no de enfermedades en el sistema digestivo debido al consumo de alcohol. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 8(1), 1814-1820.
- American Cancer Society (2018). *Beneficios que ofrece dejar de fumar*. Disponible en: <https://n9.cl/h9toy>
- Arias-Gallegos, WL., Huamani-Cahua, JC., & Choque-Vera, R. (2018). Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana*, 35(3), 174-179. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cendhiu. (2025). *Drogas ilícitas*. Disponible en: <https://www.uv.mx/cendhiu/general/drogas-ilicitas/>

- Chávez, J. V. C., & Rodríguez, J. A. C. (2024). Accidentes de tránsito y consumo de alcohol en la parroquia de Pomasqui, Quito. *INNOVACIÓN & SABER*, (9), 79-89.
- Gobierno de México. INSP. (2024). *México presenta resultados de la tercera Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos*. Disponible en: <https://n9.cl/mdu6r>
- Goedemans, L., Bax, J., & Delgado, V. (2020). COPD and acute myocardial infarction. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*, 29(156), 190139. <https://doi.org/10.1183/16000617.0139-2019>
- Han, BH., Moore, AA., Sherman, S., Palamar, JJ. (2018). Prevalencia y correlaciones del consumo excesivo de alcohol entre adultos mayores con multimorbilidad. *Drug and alcohol dependence*, 187, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018>
- Maza, J. (2024, 28 de agosto). *La República*. <https://n9.cl/aki93b>
- Mendoza, C. (2024, 29, 05). El impacto del tabaquismo en Tamaulipas: Una alarma para la salud pública. *El cronista*. <https://cronista.mx/2024/05/29/el-impacto-del-tabaquismo-en-tamaulipas/>
- Organización Mundial de la Salud (2023a). *Tabaco*. Disponible en: <https://goo.su/zLJOtu>
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Alcohol*. Disponible en: <https://n9.cl/yi3a>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2025). *Control del tabaco*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>
- Payaslián, S., Pollán, J., Hernández, H., Vaucher, A., Betancourt, I., Codina, H., & Celauro, H. (2023). Tabaquismo y enfermedad cardiovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 83, 20-22.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud SSA. (2014). Disponible en: <https://n9.cl/fz0ie>
- Rolón, JC., Romo, MG., Barba, EL., Alcalá, K., Ortega, MF. (2024). Assessment of Alcohol Use in College Students Using the AUDIT Test: An Analytical Approach. *Seminars in Medical Writing and Education*. 24(3) 543. Recuperado de: <https://mw.ageditor.ar/index.php/mw/article/view/543>
- Recalde-Santacruz, L., Defazio, D., & Martínez-Gutiérrez, G. (2022). Nivel de conocimiento sobre el tabaquismo como factor de riesgo para la enfermedad periodontal en pacientes fumadores atendidos en el Área de Neumología del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2018. *Revista Científica Odontológica*, 4(1).

- Sierra Gordillo, Y., Martínez Casas, O. Y., & Cárdenas Medina, C. A. (2025). Manifestaciones neurológicas del alcoholismo crónico. *Acta Neurológica Colombiana*, 41(2).
- Suárez Rivero, B., Bestard Pavón, L. A., Cardosa García, D., Rosell Suárez, A., & Barrero Viera, L. (2021). Hábito de fumar y comorbilidad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2).
- Vaca-Quintana, D., Bassante, CH., Moreta-Herrera, R., Merlyn-Sacoto, MF., López-Barrionuevo, C., & Porras, B. (2024). Diferencias por sexo en el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Española de Drogodependencia* 49(2). 43-58. [https:// doi.org/10.54108/10081](https://doi.org/10.54108/10081)
- Valdez, P., Cortese, S., Risso, M., Puello, H., Casariego, E., Díaz Salazar, L., ... & Marconi, A. (2023). Alcohol y enfermedad cardiovascular. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 83, 23-26.

Capítulo 14. Alfabetización en salud en trabajadores de una empresa maquiladora

ZÚÑIGA VARGAS MARTHA LILIA
JUÁREZ MEDINA LILIANA LETICIA
TERRAZAS GUTIÉRREZ IRIS ILIANA
VARGAS DOMÍNGUEZ GUADALUPE RAFAELA
RUBIO FERREL ANDREA ARELI

Introducción

El término alfabetización en salud (AES), este concepto es reciente y ha obtenido importancia actualmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) la define como el conjunto de conocimientos, destrezas cognitivas y su relación con la sociedad, que motivan a las personas para obtener, entender y usar la información, con el propósito de promover, mantener y mejorar su bienestar (Sala, Guilabert & Carrillo, 2020).

La AES es considerada un elemento crucial de la salud y se encuentra estrechamente relacionada con el fomento del bienestar, a través de este proceso permite a las personas acrecentar el control sobre su estado de bienestar y mejorarla. Este concepto está vinculado con la educación, ya que implica poseer la información, el interés y las competencias para obtener, entender, evaluar y utilizar la información en su salud. Esto permite a cada individuo emitir juicios informados y tomar decisiones adecuadas en relación con la atención sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, con el objetivo de mantener o mejorar su calidad de vida. Algunos estudios han encontrado asociaciones entre la AES, y el estado de bienestar, nuestro comportamiento para mejorar nuestro bienestar y los factores de riesgo para la salud (Gernert, Stassen and Schaller, 2022).

La alfabetización en salud se desarrolla a lo largo de la vida, a través de las actividades cotidianas y la interacción social. Está influida por factores como la estructura de las instituciones y la disponibilidad de recursos que permitan a las personas comprender y utilizar adecuadamente los servicios de salud (OMS, 2024). Una buena alfabetización

en este ámbito permite al individuo tomar decisiones informadas que contribuyan a preservar nuestra calidad de vida, así como el bienestar de su entorno. En algunos países, como Estados Unidos, se ha documentado que la alfabetización en salud está asociada al nivel de ingresos, la situación laboral, ocupación, el nivel educativo o el grupo racial o étnico (Coughlin, Vernon, Hatzigeorgiou & George, 2020; Fleary & Ettienne, 2019; Torun, 2023).

En México, desde las perspectivas conceptuales actuales, este tema ha sido escasamente abordado; algunas investigaciones recientes muestran que, a nivel nacional, el 51.56% de la población estudiada muestra un nivel de AES pobre, mientras que el 48.42% obtuvo un resultado satisfactorio (Mávita-Corral, 2018).

La literatura muestra una gran variabilidad con relación a la alfabetización en salud considerada adecuada, mismos que han ido desde apenas el 5 % hasta más del 73 %, dependiendo del país, población y herramienta de evaluación empleados (Arrighi, Ruiz de Castilla, Mejía, Sørensen, et al., 2022). Un metaanálisis realizado en 2023, que abarcó 84 estudios en 15 países en América Latina, reveló que la prevalencia promedio de alfabetización en salud baja oscila entre el 41.7 % (auto-reportada) y el 50.6 % (evaluada en comprensión y reconocimiento de palabras), según el instrumento utilizado (de Jesús, Bianchini, Ziegelmann, & Dal Pizzol, 2024).

De acuerdo con lo anterior, el propósito de este estudio fue establecer el grado de alfabetización en salud de los trabajadores en una empresa en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, considerando variables sociodemográficas como sexo y nivel educativo. Así mismo, como objetivos específicos se planteó relacionar el nivel de AES según el género y nivel educativo de participantes.

Metodología

Esta investigación fue descriptiva, comparativa, de tipo transversal (Grove & Gray, 2019). Se incluyó a trabajadores de una maquiladora de la ciudad de Nuevo Laredo del turno matutino, de ambos sexos, de entre 18 y 59 años. El cálculo de la muestra fue por medio de la fórmula para muestras finitas con el 95% de confiabilidad y un margen de error del 5%, y una tasa de no respuesta de 3% en una población de 1,500 trabajadores, obteniendo una muestra total de 97 participantes.

Para la recogida de los datos se utilizó primeramente una cedula de datos sociodemográficos que incluía preguntas como edad, sexo,

estado civil y escolaridad. Así mismo, se les preguntó la frecuencia con la que acudían a visitas médicas. Respecto a los instrumentos auto aplicados, para la variable de AES, se utilizó el cuestionario SAHLSA-50, diseñado para evaluar la comprensión de términos médicos en adultos hispanohablantes. Este instrumento consta de 50 ítems que presentan términos médicos acompañados de dos opciones adicionales, entre las cuales el participante debía seleccionar la que considerara más similar. Cada término se leía en voz alta, uno por uno, y el participante seleccionaba la opción que consideraba correcta. La puntuación se obtenía en base al número de respuestas acertadas, con un rango posible de 0 a 50 puntos. Un puntaje superior a 37 indica un buen nivel de alfabetización en salud.

Los datos se obtuvieron, a través de la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo. Así mismo, se gestionó el permiso correspondiente con las autoridades de la empresa Aptiv Contract Services, ubicada en la misma ciudad, con el fin de programar la fecha, la hora y el área destinada a la aplicación de los instrumentos. Se acordó un espacio donde los participantes respondieran el cuestionario durante tiempos de receso escalonados.

Una vez reunidos con los adultos, se les explicó el propósito de la investigación y se les entregó el formato de autorización. Aquellos que aceptaron participar voluntariamente procedieron a responder, en primer lugar, la cédula de datos sociodemográficos, seguida del cuestionario de alfabetización en salud (SAHLSA-50). Durante la aplicación de los instrumentos, se brindó un ambiente de confianza, se resolvieron las dudas que surgieron y se les aseguró que su información no sería revelada, así como el derecho de renunciar a participar en la investigación estudio sin consecuencia alguna.

Al finalizar, se agradeció tanto a los participantes como a las autoridades de la empresa por su colaboración y facilidades otorgadas. Esta investigación se llevó a cabo en cumplimiento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Secretaría de Salud, 2014), en lo relativo a la ética de investigar con individuos humanos.

La información recolectada fue analizada mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 Windows. Inicialmente, se evaluó la confiabilidad a través del alfa de cronbach de los instrumentos utilizados. Posteriormente, se utilizó estadística descriptiva —frecuencias y porcentajes— para caracterizar los datos sociodemográficos de la muestra. Para comparar las variables se realizó inferencia estadística mediante la correlación de Spearman, se-

leccionada basada en la interpretación de la prueba de bondad de ajuste o corrección de Lilliefors o la evaluación del ajuste a la distribución normal de la muestra.

Resultados

En la muestra analizada, predominó el sexo masculino con un 58.8% de los participantes. En cuanto al nivel máximo de escolaridad, el 39.2% refirió haber concluido estudios de secundaria. La mayoría de los encuestados estaban casados (38.1%). La edad promedio fue de 29.75 años ($DE = 8.2$), mientras que el índice de Quetelet, promedio fue de 26.7 ($DE = 3.86$), lo que sugiere una tendencia al sobrepeso en el grupo estudiado.

Con relación al objetivo general de la investigación determinar el nivel de alfabetización en salud de los participantes— se obtuvo una puntuación media de 42.32 ($DE = 5.17$) en el instrumento aplicado. Este resultado indica que el 94.8% de los participantes presentó un nivel apropiado de AES, según criterios del instrumento utilizado.

Al realizar la comparación por sexo, no se encontraron discrepancias estadísticamente importantes entre género masculino y femenino en cuanto al nivel de alfabetización en salud ($p > 0.05$), lo cual sugiere que el género no influyó en el desarrollo de esta habilidad dentro de la muestra.

Sin embargo, al analizar la alfabetización en salud en función del nivel educativo —de acuerdo con el objetivo específico planteado— sí mostraron discrepancias relacionadas con la estadística significativas ($p < 0.05$). Los participantes con estudios de secundaria y preparatoria obtuvieron puntuaciones más altas en comparación con aquellos con nivel universitario. Este hallazgo sugiere que el nivel educativo no sigue una relación lineal con la alfabetización en salud, y plantea la posibilidad de que otros factores, como el acceso a información comprensible o la experiencia previa con el sistema sanitario, estén influyendo en el desarrollo de estas habilidades.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Hombre	57	58.8
Mujer	40	41.2
Estado civil		

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Soltero	34	35.1
Casado	37	38.1
Viudo	3	3.1
Divorciado	5	5.2
Unión libre	18	18.6
Escolaridad		
Primaria	1	1.0
Secundaria	38	39.2
Preparatoria	35	36.1
Universidad	23	26.8
Visitas al médico		
Nunca	28	28.9
Una vez al mes	25	25.8
Cada seis meses	24	24.7
Una vez al año	20	20.6

Nota: *f* = frecuencias, % = Porcentajes. *n* = 97

Tabla 2. Tabla de contingencia entre alfabetización y escolaridad

Tipo	Escolaridad								Valor de p	
	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Universidad			
	f	%	f	%	f	%				
Alfabetización deficiente	1	1.0%	3	3.1%	1	1.0%	0	0.0%	20.64	.00
Alfabetización adecuada	0	0.0%	35	36.1%	34	35.1%	23	23.7%		
Total	1	1.0%	38	39.2%	35	36.1%	23	23.7%		

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje.

Discusión

Existe amplia evidencia que respalda la relevancia de la AES como un factor fundamental en el cuidado, fomento a la salud y la prevención de enfermedades. La facultad de comprender y aplicar información relacionada con la salud se ha asociado con mejores resultados clínicos y conductas más saludables. No obstante, en México, este concepto ha sido escasamente explorado, y son limitadas las investigaciones que abordan su impacto en la población general.

En este contexto, el presente estudio constituye un acercamiento inicial al nivel de la AES de los trabajadores, objetivo de detectar oportunidades de mejorar. Así mismo, se busca que estos hallazgos sirvan de apoyo para los profesionales de la salud, al proporcionar elementos que contribuyan a mejorar las estrategias de educación en salud y a

fortalecer la toma de decisiones informadas por parte de la población (Vaz-Almeida, 2019).

El propósito general de esta investigación fue establecer el nivel de AES en un grupo de trabajadores en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Los resultados indicaron que, en su mayoría, poseen un nivel adecuado, lo cual sugiere que cuentan con conocimientos preventivos, como saber la importancia de acudir a sus citas médicas. Así mismo, reconocen la necesidad de seguir correctamente los tratamientos médicos y, ante la presencia de alguna enfermedad, tienen la capacidad de buscar información, interpretarla y tomar decisiones apropiadas para su condición (Doudoba, 2020).

Estos hallazgos coinciden con los reportados por Hyatt (2021), quien también identificó niveles adecuados de alfabetización en salud en su muestra, compuesta por adultos económicamente activos con acceso regular a servicios de salud. Según dicho autor, factores como el entorno laboral, el acceso a fuentes confiables de información y la exposición constante a campañas preventivas contribuyen al fortalecimiento de habilidades relacionadas con la comprensión y aplicación de conocimientos en salud.

En contraste, Mancebo (2021) reportó niveles inadecuados de alfabetización en salud en una población rural con bajo nivel socioeconómico y limitado acceso a servicios médicos y tecnologías de la información. Este contraste evidencia que la alfabetización en salud no puede analizarse de forma homogénea, ya que está influenciada por múltiples factores, como la escolaridad, el ingreso a medios de información, el contexto geográfico, las barreras lingüísticas y la infraestructura del sistema sanitario.

Al comparar por sexo, los resultados del presente estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de alfabetización en salud. Este hallazgo sugiere que, en la población analizada, ambos géneros acceden y comprenden la información sobre salud de forma relativamente similar. Sin embargo, estos resultados contrastan con lo reportado por Bertoldo (2022), quien encontró que las mujeres presentaban un mayor grado de AES en comparación con los hombres. Se ha documentado que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud (Guevara, 2022), lo que puede facilitar el contacto directo con profesionales, programas de prevención y actividades educativas, incrementando así sus conocimientos en la materia. Desde una perspectiva biológica y de género, también se ha señalado que las mujeres presentan una mayor concien-

cia y preocupación por su salud, lo que las motiva a adoptar conductas proactivas en la búsqueda de información y en la elección de opciones de elegir tratamientos y gestionar cuidados.

Con relación al objetivo específico que fue comparar la alfabetización en salud según el nivel educativo, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles de escolaridad. En particular, los participantes con estudios de secundaria y preparatoria obtuvieron puntuaciones más altas en alfabetización en salud. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Costa (2023), quien concluye que el nivel educativo influye directamente en el desarrollo de habilidades necesarias para comprender, analizar y usar los datos relacionados con su bienestar.

En este sentido, las conclusiones de esta investigación evidencian la necesidad de implementar estrategias educativas encaminadas a fortalecer la alfabetización en salud, especialmente en grupos con niveles educativos bajos, a fin de reducir las brechas en el acceso y uso de la información sanitaria. Estas estrategias deben considerar la simplificación del lenguaje, el uso de materiales visuales, y el adiestramiento en competencias digitales, como medios eficaces para empoderar a la población menos escolarizada y promover decisiones de salud más acertadas.

Referencias

- Arrighi, E., Ruiz de Castilla, E. M., Peres, F., Mejía, R., Sørensen, K., Gunther, C., Lopez, R., Myers, L., Quijada, J. G., Vichnin, M., & Pleasant, A. (2022). Scoping health literacy in Latin America. *Global health promotion*, 29(2), 78–87. <https://doi.org/10.1177/17579759211016802>
- Bertoldo, P., Brassiolo, M., Álvarez, L. (2022). Alfabetización en la salud en los pacientes con hipolipemiantes: una mirada desde la atención primaria. *Ars Pharm*; 63(2):114-125
- Costa, A., Conceição, A., Butche. H., Cassia, R., Butcher, S. (2023). Factores que influyen en la alfabetización en salud de los pacientes con enfermedad arterial coronaria. *Revista Latino-América Enfermagem*. 31: e3879. doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3879
- Coughlin, S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C. & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal of environment and health sciences*, 6(1), 3061.

- De Jesus, P. R., Bianchini, B. V., Ziegelmann, P. K., & Dal Pizzol, T. D. S. (2024). The low health literacy in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 24(1), 1478. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18972-2>
- Doudoba. S. (2020). Banco Interamericano en Desarrollo. ¿Qué es la alfabetización en salud, porque es importante y como aumentarla? <https://blogs.iadb.org/salud/es/que-es-la-alfabetizacion-en-salud-por-que-es-importante-y-como-aumentarla/>
- Fleary, S. A., & Ettienne, R. (2019). Social Disparities in Health Literacy in the United States. *Health literacy research and practice*, 3(1), e47–e52. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190131-01>
- Friedrich, J., Rupp, M., Feng, Y. & Sudeck, G (2024) Occupational health literacy and work ability: a moderation analysis including interpersonal and organizational factors in healthy organizations. *Front. Public Health* 12:1243138. doi: 10.3389/fpubh.2024.1243138
- Gernert, M., Stassen, G. & Schaller, A. (2022) Association Between Health Literacy and Work Ability in Employees With Health-Related Risk Factors: A Structural Model. *Front. Public Health* 10:804390. doi: 10.3389/fpubh.2022.804390.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier Health Sciences.
- Guevara, A. (2022). Frecuencia de atenciones realizadas en el servicio de medicina general, según sexo, en el distrito de Villa El Salvador, Lima-Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 22(2), e1586. Epub 07 de julio de 2022. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n2.09>
- Güner, MD, y Ekmekci, PE (2019). Nivel de alfabetización en salud de los trabajadores de fábricas de fundición y su relación con la formación en seguridad y salud ocupacional. *Salud y seguridad en el trabajo*, 67 (9), 452-460. Disponible en: doi: 10.1177/2165079919843306
- Hyatt A, Drosdowsky A, Koproski T, Milne D, Rametta M, McDonald G, McKenzie T, Blaschke SM. (2021). Identification of low health and cancer literacy in oncology patients: a cross-sectional survey. *Support Care Cancer*. 29(11):6605-6612. doi: 10.1007/s00520-021-06164-2. PMID: 33939000; PMCID: PMC8464552.
- Mancebo-Salas., N. (2021). Grado de alfabetización en salud de los alumnos de grado de enfermería en España. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Mávita-Corral, Carlos Javier. (2018). Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016.

- Investigación en educación médica*, 7(25), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.002>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024). Alfabetización en materia de salud : Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Pinheiro, A., Viegas, R., Lima, I., Rodríguez, I., Fariás, S. & Nogueira, L. (2025). Alfabetización funcional en salud y calidad de vida de pobladores ribereños en la atención primaria de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33, e4440. Disponible en: DOI: 10.1590/1518-8345.7402.4439
- Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud. Art. 13, 14, 16, 17, 20, 21. 2 de abril de 2014. (México)
- Sala, M., Guilabert, M., Carrillo, I. (2020) Alfabetización en salud y salud percibida. *Revista de Psicología de la Salud*, vol. 8 Núm. 1. Disponible en: <https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.669>
- Torun, S. D. (2023). Occupational Health Literacy Level and Related Factors in Casting Factory Workers. *Medical Journal of Bakirkoy*, 19(2), 229-235. <https://doi.org/10.4274/BMJ.galenos.2023.2023.4-6>
- Vaz de Almeida C. (2019). Manual de buenas prácticas para la alfabetización en salud: Formación de profesionales de la salud. ISBN 978-972-675-288-2. DOI: 10.13140/RG.2.2.17763.30243

Capítulo 15. Prueba sensorial y efecto en la respuesta glucémica de jugo de guanábana (*annona muricata* L.) en población maya con diabetes mellitus tipo II

EDGAR FERNANDO PEÑA TORRES
NISSA YAING TORRES SOTO

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) representa uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con un incremento sostenido en su prevalencia, particularmente en países de ingresos bajos y medios, así como en comunidades con alta vulnerabilidad sociocultural como las indígenas (International Diabetes Federation [IDF], 2021). En México, se estima que más del 10% de la población adulta vive con esta condición, y su prevalencia es significativamente mayor en poblaciones rurales e indígenas, donde el acceso a servicios médicos y tratamientos farmacológicos suele ser limitado (Secretaría de Salud, 2022). En este contexto, el uso de plantas medicinales como alternativa complementaria para el control glucémico ha adquirido creciente relevancia, especialmente cuando su uso forma parte del conocimiento tradicional ancestral, como ocurre con la guanábana (*Annona muricata* L.).

Annona muricata L., conocida comúnmente como guanábana o graviola, es una planta tropical ampliamente distribuida en América Latina, África y Asia, cuyas propiedades terapéuticas han sido reconocidas tanto en la medicina tradicional como en investigaciones científicas contemporáneas. Diversas partes de la planta, incluyendo hojas, semillas, corteza y frutos, han sido utilizadas tradicionalmente para tratar afecciones como fiebre, dolor, inflamación, hipertensión, y más recientemente, diabetes y cáncer (Coria-Téllez et al., 2018). Entre sus componentes bioactivos se encuentran las acetogeninas anonáceas, flavonoides, alcaloides, taninos y polifenoles, los cuales han mostrado

potencial antioxidante, antiinflamatorio, antitumoral e hipoglucemian-
te (Moghadamtousi et al., 2015).

En relación con el manejo de la glucemia, estudios in vivo han demostrado que extractos de hojas de *Annona muricata* L. pueden reducir los niveles de glucosa en sangre, mejorar la sensibilidad a la insulina, y proteger las células β -pancreáticas frente al daño oxidativo inducido por agentes diabetogénicos (Justino et al., 2018; Sanni et al., 2020). Estos efectos han sido observados principalmente en modelos animales con diabetes inducida por estreptozotocina o aloxano, pero también comienzan a reportarse estudios en humanos, con resultados prometedores (Arroyo et al., 2009). En un ensayo clínico controlado en pacientes con DMT2, el consumo de infusión de hojas de guanábana durante ocho semanas mostró una disminución significativa de la glucemia en ayunas y de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), sin efectos adversos relevantes (Hasibuan et al., 2021). No obstante, pese a los avances, el conocimiento científico sobre los efectos hipoglucemiantes de *Annona muricata* L. en humanos aún es limitado y fragmentario. Además, pocos estudios han evaluado el efecto de la fruta entera o de formulaciones culinarias estandarizadas (como jugos o aguas funcionales) sobre la glucosa sanguínea.

Este vacío es relevante si se considera que el fruto de la guanábana es altamente consumido de manera fresca o en bebidas, y que sus propiedades sensoriales (sabor, textura, aroma) pueden ser aprovechadas para diseñar estrategias de intervención culturalmente aceptadas por comunidades indígenas, quienes tienden a rechazar productos alopáticos o tratamientos invasivos (Florence et al., 2014). Por lo que el desarrollo de productos funcionales basados en guanábana, combinando la validación científica de sus propiedades hipoglucemiantes con pruebas de aceptabilidad sensorial, puede representar una herramienta útil para el autocuidado de la salud en comunidades con alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles. La formulación de aguas funcionales de guanábana constituye una alternativa innovadora, de bajo costo, no invasiva y culturalmente pertinente para pacientes con DMT2, especialmente en poblaciones indígenas mayas de la península de Yucatán, donde el uso de plantas medicinales tiene una fuerte rai-
gambre etnobotánica.

De manera específica, estudios recientes han confirmado que la pulpa del fruto contiene compuestos bioactivos como ácido ascórbico, catequinas, quercetina y ácido cafeico, los cuales, además de su poder antioxidante, podrían modular enzimas involucradas en la digestión de

carbohidratos como la α -amilasa y la α -glucosidasa (Adefegha et al., 2015; Agu et al., 2019). En un estudio in vitro, Justino et al. (2018) demostraron que fracciones polifenólicas de hojas de *Annona muricata* L. inhibieron estas enzimas con una potencia comparable a fármacos de uso común como la acarbosa, lo que sugiere un posible mecanismo de acción basado en la reducción de la absorción de glucosa posprandial.

En cuanto a la aceptabilidad sensorial, investigaciones previas han mostrado que bebidas funcionales elaboradas con frutas tropicales tienen buena recepción por parte del consumidor cuando se consideran variables organolépticas como dulzor natural, textura ligera y aroma característico (Anaya-Dyck et al., 2021). En el caso específico de la guanábana, su sabor ligeramente ácido y dulce, su textura cremosa y su aroma distintivo pueden ser aprovechados en el diseño de formulaciones líquidas agradables al paladar. Una evaluación sensorial realizada por Tiencheu et al. (2021) reportó que los jugos de guanábana formulados con aditivos alimentarios presentaron una aceptabilidad sensorial entre 3.87 y 6.38 en escala hedónica. Se identificaron niveles apreciables de fibra (1.26–24.23 %), compuestos fenólicos (0.26–0.89 mg GAE/mL) y minerales esenciales. La inclusión de aditivos mejoró la aceptación del producto. Estos hallazgos respaldan su potencial nutricional y terapéutico en poblaciones vulnerables.

Desde la perspectiva de salud pública, la incorporación de este tipo de productos en programas de prevención y control de enfermedades crónicas podría contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento y promover el autocuidado en poblaciones marginadas. No obstante, es fundamental asegurar que las formulaciones propuestas sean aceptadas culturalmente y que cuenten con evidencia científica robusta sobre su seguridad y eficacia.

Por otro lado, es importante destacar las advertencias sobre el consumo excesivo de guanábana, especialmente en forma de extractos concentrados de hojas o semillas. Algunos estudios han reportado efectos neurotóxicos asociados a la annonacina, un compuesto presente principalmente en las semillas y hojas, cuando se consume en dosis elevadas y por tiempo prolongado (Cleret de Langavant et al., 2022; Rottscholl et al., 2016). Esta investigación no solo busca aportar evidencia sobre la eficacia potencial de una bebida funcional tradicional basada en la guanábana para el manejo de la glucemia, sino también contribuir al rescate y revalorización del conocimiento ancestral indígena en torno al uso terapéutico de plantas nativas.

Dado este panorama, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la aceptabilidad y el efecto glucémico de tres formulaciones de agua de guanábana diseñadas a partir del fruto maduro, en población indígena maya con diagnóstico clínico de DMT2, residente en la península de Yucatán. En una primera fase, se llevó a cabo una prueba sensorial con las tres formulaciones para seleccionar la de mayor aceptación. Posteriormente, la formulación seleccionada fue administrada durante un periodo determinado de 2 horas a pacientes voluntarios, con monitoreo de niveles de glucosa capilar en ayuno y posprandial, para determinar su efecto hipoglucemiante, de triglicéridos y colesterol.

Metodología

La presente investigación es de tipo experimental, transversal y prospectivo realizado en población de origen maya del estado Quintana Roo, México, la cual se dividió en dos etapas: la evaluación sensorial de 3 formulaciones de jugo de guanábana y la intervención para la evaluación de la respuesta glucémica. En la primera etapa, la muestra estuvo conformada por 128 personas de origen maya de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo mayores de 18 años. En la segunda etapa, los sujetos objeto de estudio fueron 18 pacientes con al menos un año con diagnóstico de DMT2, de los cuales 6 fueron hombres y 12 mujeres, y que asistían cada mes a consulta médica para su seguimiento de la enfermedad. Cabe señalar que, debido al tamaño de la población se realizó un muestreo de tipo intencional. Adicionalmente se recolectaron datos de edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), hemoglobina glicosilada, tiempo con la enfermedad en años y tipo de servicio médico de los participantes.

Formulación de la bebida de guanábana

La materia prima se obtuvo del mercado municipal “Andrés Quintana Roo” de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, en la cual se seleccionaron frutos frescos estado óptimo de madurez y fueron almacenados en refrigeración a 4°C hasta su procesamiento.

Se prepararon tres formulaciones de jugo de guanábana al 100, 75 y 50%, los cuales se utilizó solamente agua potable para la dilución (tabla 1). La extracción de jugo de guanábana se realizó mediante un procesador de alimentos (NutriBullet, NBR-1201) durante 60 segun-

dos en condiciones asépticas; posteriormente el jugo fue colado con un filtro de tela, obteniendo así un volumen del jugo libre de pulpa, residuos de semilla y cáscara. Cada formulación fue envasada y almacenada bajo refrigeración hasta los posteriores análisis.

Tabla 1. Formulaciones de jugo de guanábana

Ingrediente	GB100	GB75	GB50
Extracto de jugo de guanábana (ml)	1000	750	500
Agua purificada (ml)	0	250	500

Formulación diseñada para 1000 ml de producto.

Evaluación sensorial

Se aplicó una prueba sensorial de aceptación a los 128 sujetos, la cual es aplicable a cualquier tipo de consumidor sin entrenamiento previo, y se evaluaron las características de sabor, color, olor y aceptación general. Los criterios para realizar el análisis sensorial de las formulaciones de jugo de guanábana fueron con base a una escala hedónica del 1 al 5, donde 1 corresponde a una calificación baja, 3 un punto intermedio y 5 una calificación alta. Cabe señalar que la formulación con una mejor calificación por parte de los evaluadores fue la considerada para las pruebas de la etapa 2 en personas con DMT2.

Prueba glucémica

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los lineamientos o criterios de inclusión de los participantes en el proyecto fueron los siguientes: mayoría de edad, adultos con origen o descendencia maya, tiempo de evolución de la enfermedad mínimo de 1 año; no presentar patologías asociadas ni complicaciones por su condición diabética, contar con expediente de historia clínica, no estar en terapia insulínica; además se realizó un registro de los fármacos empleados o tratamientos médicos.

Los sujetos seleccionados manifestaron de forma voluntaria y por escrito su consentimiento informado para la participación en la investigación. Además, en todos los procedimientos realizados se cumplieron las normas de la Segunda Declaración de Helsinki para la investigación (Asociación Médica Mundial, 2008).

PRUEBA DE RESPUESTA GLUCÉMICA

Los 18 participantes que aprobaron los criterios de inclusión fueron sometidos a dos pruebas, con un intervalo de una semana entre cada estudio. El día de la prueba los pacientes acudieron en horario matutino con un ayuno mínimo de 10 horas y se tomó la muestra inicial de sangre capilar que correspondió al tiempo 0, consecuentemente de la primera muestra, a cada participante se le dio a consumir un pan blanco de caja equivalente de 50 g de hidratos de carbono, junto con 250 ml de agua. Después se tomaron dos muestras de sangre capilar a los 60 minutos y 120 minutos post ingesta del pan blanco. La segunda prueba se efectuó una semana después, la cual fue similar a la primera con la diferencia del consumo de agua por 250 ml de jugo de guanábana.

Durante el tiempo de prueba, los pacientes estaban asignados en una sala con condiciones cómodas durante el muestreo. La adhesión al régimen dietético durante los tiempos entre una prueba y otra se inspeccionó aplicando recordatorios de 24 horas.

DETERMINACIÓN DE LA GLUCEMIA E INSULINA

Las concentraciones capilares de glucosa, colesterol y triglicéridos se determinaron con el dispositivo Accutrend® Plus (Roche Diagnostics), usando dos gotas de sangre (15-40 µl) recolectadas de diferentes dedos mediante un dispositivo de punción (Accu-chek® Softclix® Pro, Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Alemania). La prueba Accutrend® Plus es una prueba capilar de suero, la cual se basa en la retención de células sanguíneas por filtración a través de una lámina de fibra de vidrio cuando se aplica una gota de sangre a la tira reactiva la cual se mide a una absorbancia de 660nm. Las variables evaluadas fueron: glucosa (ml/dl), triacilglicéridos (ml/dl) y colesterol (ml/dl).

Análisis estadístico

Para los datos de la prueba de sensorial de aceptación se realizaron pruebas de normalidad y posteriormente se aplicó la prueba de análisis de varianza (ANOVA) de una vía a un nivel de confianza del 95%, y para comparar diferencias entre las formulaciones se realizó una prueba de comparación múltiple de medias tukey-krammer. Las variables de glucosa, triacilglicéridos y colesterol se analizaron con una prueba

t-student a un nivel de confianza del 95% donde se compararon los tiempos de muestreo y el efecto con y sin jugo de guanábana. Todos los análisis se llevaron a cabo en el programa estadístico NCSS versión 7.

Resultados y discusión

Las características generales de lo participantes en la prueba experi- mental muestran que la edad promedio fue de 57 años, de los cuales 12 fueron mujeres y 6 hombres. Además, se detectó que los partici- pantes presentaban obesidad ya que el promedio del IMC fue de 36.5; cabe destacar que los valores de hemoglobina glicosilada fueron altos (9.1%) lo que conlleva a sugerir que existe una diabetes mal controlada y en promedio llevaban aproximadamente 4 años con la enfermedad.

Casi todos los participantes (94.4%, n=17) dependían del sistema público de salud para su atención médica. Estas características (obesi- dad grado II, HbA1c elevada, predominio femenino, uso de servicio público) son fundamentales para contextualizar los resultados posterior- es del estudio (tabla 2).

Tabla 2. Características generales de los participantes del estudio

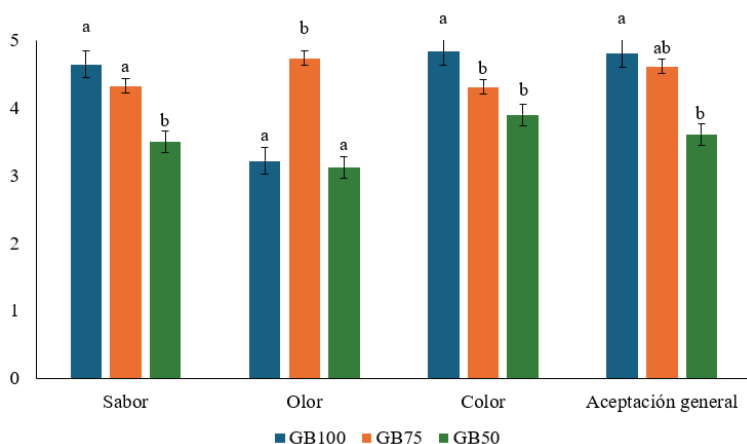
Variable	Valores (n=18)
Edad (años)	57.6 ± 1.9
Sexo	6
Hombre	12
Mujer	
Peso (kg)	84.5 ± 3.4
Talla (cm)	152 ± 4
Índice de masa corporal (IMC)	36.5 ± 0.2
Hemoglobina glicosilada (HbA1c) (%)	9.1 ± 1.5
Tiempo con la enfermedad (años)	4.4 ± 0.7
Tipo de servicio médico	17
Público	1
Privado	

Elaboración propia

El gráfico 2 muestra los resultados de la evaluación sensorial de acep- tabilidad de jugo de guanábana a diferentes concentraciones. Se en- contraron diferencias estadísticas en las cuatro variables evaluadas (p <0.05). La formulación GB100 y GB75 obtuvieron puntuaciones más altas en el sabor respecto a la formulación GB50 la cual se asume que por su dilución tiende a ser calificada con valores más bajos por el

consumidor ($p < 0.05$). Por su parte el color y la aceptación general, la formulación GB100 fue quien obtuvo una mejor calificación por los consumidores respecto a la fórmula GB50 que en aceptación general los valores fueron cercanos a un 3.6 lo cual corresponde a una calificación intermedia de la escala. En general se puede asumir que las características sensoriales de la formulación que no contiene agua (GB100) fue la mejor calificada por los consumidores y fue la elegida para la prueba glucémica.

Gráfico 1. Evaluación sensorial de tres formulaciones de jugo de guanábana



GB100= jugo de guanábana al 100%; GB75= jugo de guanábana al 75; GB50= jugo de guanábana al 50%

^{ab} Literales diferentes indican significancia estadística entre los grupos, $p < 0.05$

Los resultados de la comparación de glucosa en pacientes con DMT2 demostró un efecto positivo a los 120 minutos en la bebida GB100 respecto al prueba testigo (tabla 3), donde se redujo hasta un 20% la glucosa en los pacientes que tomaron el jugo de guanábana ($p < 0.05$); mientras que la comparación a los 0 y 60 minutos no se detectaron diferencias estadísticas en la prueba experimental ($p > 0.05$), sin embargo por la reducción de glucosa que se encontró a las 2 horas se puede sugerir que el jugo de guanábana puede ser una alternativa de suplemento para la población con DMT2.

Tabla 3. Comparación de glucosa (ml/dl) y jugo de guanábana en pacientes con DMT2

Periodo	Testigo	GB100	Valor de p
0 min	128.1	132.4	0.387
60 min	242.7	219.8	0.087
120 min	237.9	192.3	0.021*

*Nivel de confianza para la prueba t-student < 0.05

Los valores de triglicéridos en pacientes con DMT2 no mostraron cambios significativos al consumir el jugo de guanábana ($p > 0.05$), donde los valores oscilaron entre 147.4 hasta 162.8 ml/dl, sin embargo, estos valores se encuentran en un límite alto lo cual corresponde con el índice de obesidad encontrado en el IMC.

Tabla 4. Comparación de triacilglicéridos (ml/dl) y jugo de guanábana en pacientes con DMT2 tipo 2

Periodo	Testigo	GB100	Valor de p
0 min	158.8	162.8	0.875
60 min	159.1	158.4	0.744
120 min	147.4	159.6	0.522

Nivel de confianza para la prueba t-student < 0.05

El colesterol en pacientes con DMT2 no mostraron diferencias estadísticas con el jugo GB100 ($p > 0.05$) a pesar de mostrar una ligera tendencia de reducirse al consumir el jugo de guanábana, donde los valores oscilaron desde 204.6 hasta 197.6 ml/dl desde el tiempo 0 hasta los 120 min de monitoreo.

Tabla 5. Comparación de colesterol (ml/dl) y jugo de guanábana en pacientes con DMT2

Periodo	Testigo	GB100	Valor de p
0 min	211.2	204.6	0.667
60 min	209.6	202.9	0.835
120 min	209.4	197.6	0.326

Nivel de confianza para la prueba t-student < 0.05

Lo anterior demuestra un efecto reductor del jugo de guanábana (GB100) sobre la glucemia posprandial en DMT2. Aunque no se observaron diferencias significativas a los 0 y 60 minutos ($p > 0.05$), la reducción del 20% en glucosa a los 120 minutos respecto al testigo ($p < 0.05$) sugiere un mecanismo de acción tardío, posiblemente vincula-

do a los compuestos bioactivos de la guanábana. Ya que estos podrían modular la gluconeogénesis hepática o mejorar la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos (Pereira et al., 2021; Coronel-Hidalgo et al., 2018). Este hallazgo es clínicamente relevante, dado que el control de la hiperglucemia posprandial es crucial para reducir complicaciones cardiovasculares en diabetes y se puede sugerir el jugo de guanábana al GB100 como un coadyuvante dietético potencial.

Respecto al perfil lipídico, el estudio no evidenció efectos significativos. Los triglicéridos se mantuvieron elevados (147.4-162.8 mg/dl), esto concuerda con el fenotipo dislipidémico asociado a obesidad y resistencia a la insulina en los sujetos evaluados (Ginsberg & Packard, 2021). Tampoco se registraron cambios estadísticos en colesterol total (204.6-197.6 mg/dl), a pesar de una ligera tendencia reductora. Esto indica que, en la dosis y duración evaluadas, los compuestos del jugo no impactan mecanismos clave del metabolismo lipídico como la síntesis de VLDL o la absorción de colesterol (Feingold & Grunfeld, 2023; Rosenson et al., 2022), sugiriendo que su acción sería específica para la regulación glucémica.

Las limitaciones del estudio, como su naturaleza aguda y la homogeneidad lipídica basal, orientan futuras investigaciones. Sería necesario evaluar el efecto crónico del GB100 sobre marcadores como la HbA1c y perfiles lipídicos fraccionados (LDL/HDL), además de explorar dosis óptimas y sinergias con terapias establecidas (American Diabetes Association, 2023). Aunque el jugo de guanábana emerge como una alternativa complementaria para el control glucémico tardío, su uso debe contextualizarse en estrategias integrales que aborden la dislipidemia y obesidad inherentes a la DMT2.

Conclusión

Los resultados indican un potencial favorable del jugo de guanábana (GB100) como suplemento dietético en el control de la glucemia en pacientes con DMT2, mostrando una reducción significativa del 20% de la glucosa en sangre a las 2 horas después de la ingesta. Este efecto parece ser específico solamente para el metabolismo de la glucosa en el período posprandial tardío, sin modificar el perfil lipídico (triglicéridos y colesterol total), el cual permaneció alterado, lo cual se puede asociar al estado de obesidad de la población estudiada. A manera de recomendación, es necesario realizar más investigaciones que se centren en evaluar los efectos crónicos del jugo de guanábana y elucidar los me-

canismos de acción específicos y explorar su impacto en combinación con otras estrategias terapéuticas para el manejo integral de la DMT2 y sus comorbilidades, particularmente la dislipidemia.

Referencias

- Adefegha, S. A., Oyeleye, S. I., & Oboh, G. (2015). Distribution of phenolic contents, antidiabetic potentials, antihypertensive properties, and antioxidative effects of soursop (*Annona muricata* L.) fruit parts in vitro. *Biochemistry Research International*, 1, 347673. <https://doi.org/10.1155/2015/347673>
- Agu, K. C., Eluehike, N., Ofeimun, R. O., Abile, D., Ideho, G., Ogedengbe, M. O., Onose, P. O., & Elekofehinti, O. (2019). Possible anti diabetic potentials of *Annona muricata* (soursop): Inhibition of α amylase and α glucosidase activities. *Clinical Phytoscience*, 5(21), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40816-019-0116-0>
- American Diabetes Association. (2023). Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes 2023. *Diabetes Care*, 46, S97-S110. <https://doi.org/10.2337/dc23-S006>
- Anaya-Dyck, J. M., Hernández-Oñate, M. Á., Tafolla-Arellano, J. C., Báez-Sañudo, R., Gutiérrez-Martínez, P., & Tiznado-Hernández, M. E. (2021). La cadena productiva de guanábana: una opción para el desarrollo económico en Compostela, Nayarit. Estudios sociales. *Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 31(57). 1-41. <https://doi.org/10.24836/es.v31i57.1048>
- Arroyo, J., Martínez, J., Ronceros, G., Palomino, R., Villarreal, A., Bonilla, P., & Quino, M. (2009). Efecto hipoglicemiante coadyuvante del extracto etanólico de hojas de *Annona muricata* L. (guanábana), en pacientes con diabetes tipo 2 bajo tratamiento de glibenclamida. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 163-167. <https://doi.org/10.15381/anales.v70i3.111>
- Asociación Médica Mundial, (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, (2), 209-212. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0522>
- Cleret de Langavant, L., Roze, E., Petit, A., Tressières, B., Gharbi-Meliani, A., Chaumont, H., Michel, P. P., Bachoud-Lévi, A. C., Remy, P., Edragas, R., & Lannuzel, A. (2022). Annonaceae consumption worsens disease severity and cognitive deficits in

- degenerative parkinsonism. *Movement Disorders*, 37(12), 2355–2366. <https://doi.org/10.1002/mds.29222>
- Coria-Téllez, A. V., Montalvo-González, E., Yahia, E. M., & Obledo-Vázquez, E. N. (2018). *Annona muricata*: A comprehensive review on its traditional medicinal uses, phytochemicals, pharmacological activities, mechanisms of action and toxicity. *Arabian Journal of Chemistry*, 11(5), 662–691. <https://doi.org/10.1016/j.arabjc.2016.01.004>
- Coronel-Hidalgo, J., Duarte, J., & Pérez-Jiménez, J. (2018). Bioactive compounds of soursop (*Annona muricata* L.) and their potential health benefits: A review. *Food & Function*, 9(12), 6090–6105. <https://doi.org/10.1039/C8FO00946G>
- Feingold, K. R., & Grunfeld, C. (2023). Introduction to lipids and lipoproteins. En K. R. Feingold (Ed.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305896/>
- Florence, N. T., Benoit, M. Z., Jonas, K., Alexandra, T., Désiré, D. D., Pierre, K., & Théophile, D. (2014). Antidiabetic and antioxidant effects of *Annona muricata* (Annonaceae), aqueous extract on streptozotocin-induced diabetic rats. *Journal of Ethnopharmacology*, 151(2), 784–790. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2013.09.021>
- Ginsberg, H. N., & Packard, C. J. (2021). Triglyceride-rich lipoproteins and their remnants: Metabolic insights, role in atherosclerosis, and emerging therapies. *Endocrine Reviews*, 42(4), 427–457. <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab001>
- Hasibuan, H. G., Nasution, S., & Tarigan, R. R. (2021). Correlation of reticulocyte hemoglobin equivalent (Ret-He) levels and iron deficiency anemia in CKD patients treating regular hemodialysis. *International Journal of Research and Review*, 8(11), 10-16. <https://doi.org/10.52403/ijrr.20211102>
- International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Justino, A. B., Miranda, N. C., Franco, R. R., Martins, M. M., Silva, N. M. D., & Espindola, F. S. (2018). *Annona muricata* Linn. leaf as a source of antioxidant compounds with in vitro antidiabetic and inhibitory potential against α -amylase, α -glucosidase, lipase, non-enzymatic glycation and lipid peroxidation. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 100, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2018.01.172>
- Moghadamtousi, S. Z., Fadaeinasab, M., Nikzad, S., Mohan, G., Ali, H. M., & Kadir, H. A. (2015). *Annona muricata* (Annonaceae):

- A review of its traditional uses, isolated acetogenins and biological activities. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(7), 15625–15658. <https://doi.org/10.3390/ijms160715625>
- Pereira, M. L., Ortiz, S., & Ortiz, A. (2021). *Annona muricata* L. (Soursop): A comprehensive review on its functional properties, potential health benefits, and safety. *Pharmaceuticals*, 14(8), 745. <https://doi.org/10.3390/ph14080745>
- Rosenson, R. S., Hegele, R. A., Fazio, S., & Cannon, C. P. (2022). The evolving future of PCSK9 inhibitors. *Journal of the American College of Cardiology*, 80(6), 548–561. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.05.033>
- Rottscholl, R., Haegele, M., Jainsch, B., Xu, H., Respondek, G., Höllerhage, M., Rösler, T. W., Bony, E., Le Ven, J., Guérineau, V., Schmitz-Afonso, I., Champy, P., Oertel, W. H., Yamada, E. S., & Höglinger, G. U. (2016). Chronic consumption of *Annona muricata* juice triggers and aggravates cerebral tau phosphorylation in wild-type and MAPT transgenic mice. *Journal of Neurochemistry*, 139(4), 624–639. <https://doi.org/10.1111/jnc.13835>
- Sanni, O., Erukainure, O. L., Oyebo, O. A., & Islam, M. S. (2020). Fractions from *Annona muricata* attenuate oxidative stress in pancreatic tissues, inhibit key carbohydrate-digesting enzymes and intestinal glucose absorption, but enhance muscle glucose uptake. *Journal of Food Biochemistry*, 44(6), e13211. <https://doi.org/10.1111/jfbc.13211>
- Secretaría de Salud. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. Gobierno de México. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx>
- Tiencheu, B., Tiencheu, I., Lunga, P., Ndjouenkeu, R., & Tchiegang, C. (2021). Nutritional, organoleptic and phytochemical properties of *Annona muricata* pulp and juice after postharvest ripening. *European Journal of Nutrition & Food Safety*, 13(1), 15–28. <https://doi.org/10.9734/ejnf/2021/v13i130359>

Capítulo 16. Intervenciones en materia de sexualidad en estudiantes universitarios: revisión sistemática

AMAYRANI JUÁREZ-PÉREZ
ALEJANDRA DENISE SALAS-GARCÍA
MATHEUS HENRIQUE ALVES DE MOURA
RAQUEL A. BENAVIDES-TORRES

Introducción

El embarazo no planificado sigue siendo una de las principales expresiones de desigualdad en salud sexual y reproductiva a nivel global. Cada año 74 millones de mujeres en países de ingresos bajos y medianos enfrentan esta situación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). En América Latina, las tasas oscilan entre 41 y 107 embarazos no planificados por cada mil mujeres (OMS, 2022). A nivel mundial se registran aproximadamente 73 millones de abortos de los cuales el 61% son consecuencia de embarazos no planificados. En América Latina, tres de cada cuatro abortos son considerados peligrosos; de estos, el 45% se realiza en condiciones no seguras, sin atención oportuna ni respetuosa (OMS, 2021). Esta situación contribuye a una tasa de mortalidad materna que varía entre el 5% y el 13%, señala el UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022).

En México, la tasa de embarazos en mujeres de 15 a 19 años es de 45.2 por mil, y en el grupo de 20 a 24 años asciende a 85.5 por cada mil, de estos embarazos, el 36.5% son no intencionales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023). La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2023) señala que la mediana de edad de inicio de vida sexual es de 18 años, y que el 53% de las mujeres sexualmente activas no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, el 60.2% reportó haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación, y en el grupo de 20 a 24 años el porcentaje fue de 68.2%. Aunado a lo anterior el uso adecuado sigue siendo limitado y los pone en alto riesgo de embarazos no planificados (INEGI, 2023).

Estos datos evidencian que los adolescentes en etapa tardía y jóvenes son los más afectados.

Estos embarazos son consecuencia de conductas sexuales que los ponen en riesgo. Existe evidencia que un gran porcentaje practica sexo sin protección, con múltiples parejas, bajo influencia de sustancias o encuentros casuales, lo que aumenta además el riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Zhang et al., 2023). Lukaszek (2022) identificó los contactos vaginales, orales y anales sin condón en universitarios, y agrupó cuatro patrones conductuales: parejas ebrias, bajo efecto de drogas, abuso y transgresión de normas sexuales, y anonimato o comportamiento no convencional. Entre las variables relacionadas se encuentran las intenciones, el género, experiencia sexual y falta de comunicación sobre embarazo e ITS con la pareja, subrayando la necesidad de educación sexual individualizada (Scull et al., 2020).

La educación sexual integral y acceso a métodos anticonceptivos promueven conductas más seguras, como el uso consistente de preservativos y la búsqueda de información confiable (Tapia-Martínez et al., 2024). A pesar de que existe evidencia de que conocen al menos un método anticonceptivo, persiste el uso inconsistente del condón, y muchos jóvenes carecen de acceso a servicios preventivos de salud sexual y reproductiva (Olson et al., 2024). Esto enfatiza la necesidad de fomentar comportamientos responsables para prevenir embarazos no planificados.

Diversas intervenciones han sido implementadas con el objetivo de promover el uso de anticonceptivos en población universitaria. Sin embargo, existe una amplia variedad de enfoques, técnicas y resultados reportados, lo que dificulta establecer cuáles son realmente efectivas. En este sentido es necesario sintetizar la evidencia existente para identificar las de mayor impacto que posteriormente puedan ser aplicadas a otros contextos por medio de una investigación secundaria de tipo revisión sistemática. Por lo anterior, esta revisión tiene como objetivo responder la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuáles son las intervenciones que evidencian mayor efectividad para incrementar el uso de anticonceptivos en universitarios?

Metodología

Esta investigación secundaria siguió las directrices PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, 2020) para garantizar transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico.

Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: *PubMed/MEDLINE*, *Scopus*, *Web of Science* y *EBSCO*. Se emplearon los siguientes términos en la búsqueda en inglés y español, combinándolos de la siguiente manera:

1. “Contraceptive Counseling” OR “Contraceptive Behavior” OR “Sexual Counseling” OR “Contraception”
2. “University Students” OR “College Students” OR “Undergraduate Students” OR “Higher Education” OR “School Enrollment”
3. “Program” OR “Clinical Trial” OR “Educational Intervention” OR “Education” OR “Program, Literacy” OR “Program, Training” OR “Internet-Based Intervention” OR “mHealth” OR “Health Promotion”.
4. 1 AND 2 AND 3 AND

Criterios de selección

Se incluyeron aquellos estudios publicados entre 2017-2025, en inglés o español, que evalúen intervenciones en universidades para aumentar el uso de anticonceptivos, así como la evaluación de las prácticas sexuales en la población universitaria. Se excluyeron los estudios sin evaluación de resultados, revisiones sistemáticas o investigaciones en poblaciones no universitarias.

Selección de estudios

Los títulos y resúmenes de 4899 estudios se identificaron a través de la búsqueda en la base de datos, después se eliminaron los duplicados, los que evaluaban estrés, ansiedad o alguna otra variable de salud mental. Al examinarlos, los documentos fueron evaluados nuevamente observando el diseño de estudio y la población objetivo (Figura 1).

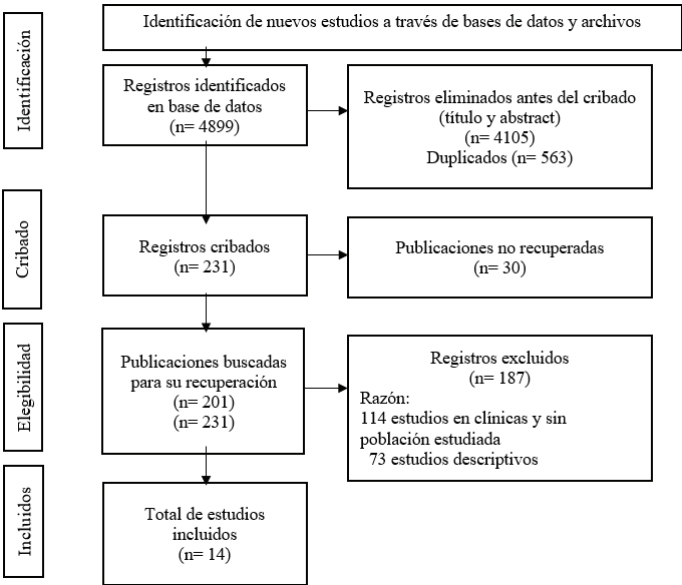
Extracción de datos

Se extrajeron datos relacionados con los objetivos de la investigación, país, características de los participantes, tamaño de muestra, diseño del estudio, teoría o modelo utilizado, seguimiento y principales resultados obtenidos.

Calidad metodológica

La calidad de todos los estudios seleccionados se evaluó mediante la Declaración de la iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*, por sus siglas en inglés). En este mismo sentido, se empleó la herramienta *Risk of Bias 2* (ROB 2, figura 2) para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos clínicos aleatorizados y la guía *Risk of Bias in Non-randomized Studies – of Interventions* (ROBINS-I) para los estudios no aleatorizados.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



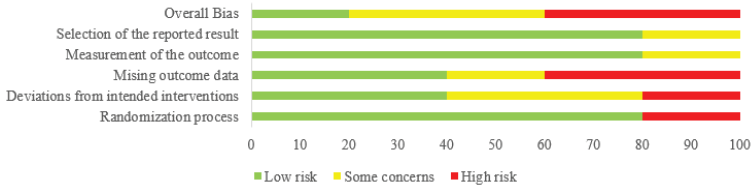
Nota. Flujo de estudios a través del proceso de revisión.

Resultados

Los estudios analizados abarcan una diversidad de enfoques metodológicos, la Tabla 1 ilustra las características de los 14 estudios incluidos y la síntesis de intervención. Los participantes de los estudios fueron estudiantes universitarios (oscilando entre 18 y 24 años), adolescentes (12 a 18 años) y profesionales de salud ($M= 38.2$). Además, revelan patrones consistentes sobre el impacto de las intervenciones en sexuali-

dad en la conducta anticonceptiva, destacando mejoras significativas en tres dimensiones clave: conocimiento, actitudes y prácticas preventivas.

Figura 2. Diagrama de Riesgo



Nota. Elaboración propia.

Las intervenciones presenciales incluyeron seminarios, conferencias sobre anticoncepción, programas teórico-prácticos con videos y sesiones educativas, y un curso de doce semanas dedicado a eficacia, efectos secundarios y empoderamiento en la toma de decisiones. Las estrategias digitales se apoyaron en aplicaciones móviles (*Media Aware* con videos y actividades; otra aplicación de SSR con chat en vivo, reservas y pagos) y una plataforma con acceso a información y servicios por seis meses, complementadas por un programa de educación entre pares con sesiones mixtas. Para facilitar el acceso y la provisión de servicios se estableció un Centro de Salud Sexual en el bienestar estudiantil, se impartió entrenamiento clínico in situ en escuelas y se lanzó la campaña multimedia *You Have Options* sobre opciones anticonceptivas.

Mejoras en el conocimiento sobre anticoncepción

Las intervenciones educativas mejoraron significativamente el conocimiento sobre métodos anticonceptivos: Kumar, et al. (2024) reportaron que el 99% de los participantes comprendió mejor dispositivos intrauterinos, implantes y otros métodos ($p < .05$); Jin, et al. (2021) observaron un aumento sustancial tras una intervención en línea ($\beta = 4.65$; IC 95 %: 4.12–5.17) que se mantuvo a los 12 meses ($\beta = 2.39$); Hinoveanu, et al. (2025) encontraron puntuaciones superiores en el grupo intervención frente al control (25.5 ± 3.1 vs. 20.1 ± 4.3 ; $p < .001$); y Marchath et al. (2024) documentaron que el porcentaje de estudiantes con puntajes altos pasó del 56% inicial al 84% post-intervención ($p < .001$).

Cambio en actitudes y autonomía sexual

Las intervenciones impactaron en el conocimiento, actitudes hacia la sexualidad y la autonomía en la toma de decisiones. Sanz-Martos et al. (2021) reportaron un aumento modesto pero significativo en las actitudes hacia la sexualidad (de 45.02 a 46.28 puntos; $p < .001$), aunque la correlación entre conocimiento y actitudes fue débil ($S = .190$; $p = .041$). Por otro lado, Hinoveanu et al. (2025) demostraron mejoras notables en autonomía sexual, con puntuaciones de 82.6 ± 9.2 en el grupo intervención frente a 75.7 ± 10.1 en el control ($p < .001$). Complementariamente, Jin et al. (2021) observaron mejoras en actitudes hacia relaciones saludables ($\beta = 1.25$; IC 95%: 1.00–.50), aunque este efecto disminuyó levemente tras un año ($\beta = .49$).

Incremento en el uso de métodos anticonceptivos

De los hallazgos más relevantes fue el aumento en la adopción de métodos anticonceptivos. Nalwanga et al. (2021) documentó un incremento del 6.6% en el uso de anticonceptivos ($p < .001$) y un 4% en el uso de condones durante la última relación sexual ($p = .02$). En línea con esto, Nuwamanya et al. (2020) reportaron mayor demanda de productos de salud sexual, como condones (77%), junto con aumento del 6.6% en uso de anticonceptivos ($p < .001$). Adicionalmente, Scull, et al. (2017) indicaron que las intervenciones redujeron prácticas sexuales de riesgo ($F_{[1,78]} = 10.47$; $p < .01$) y el consumo de drogas/alcohol previo al sexo, con un tamaño de efecto grande ($d = .46$).

Acceso a servicios de salud

La accesibilidad a servicios especializados se asoció con mejores resultados. Comfort et al. (2021) demostraron que los proveedores capacitados tuvieron mayor probabilidad de ofrecer métodos de larga duración, como DIU ($aOR = 2.10$; IC 95%: 1.41–.12) e implantes ($aOR = 1.66$; IC 95%: 1.44–1.91). Por su parte, Camino et al. (2023) observaron que la creación de un centro de salud sexual incrementó significativamente el uso de estos servicios entre hombres universitarios ($OR = 4.13$; IC 95%: 3.41–4.83).

Otros resultados

La mayoría de los artículos analizados mostraron efectos en la conducta anticonceptiva, sin embargo, hubo intervenciones que no mostraron

uniformidad. Wong et al. (2021) identificaron sólo una tendencia no significativa hacia el uso consistente del condón ($OR=2.25$; IC 95%: 0.84–6.36). Mientras, Sundstrom et al. (2021) reportó aumento leve en conocimiento sobre DIU ($p<.01$) e impacto menor en jóvenes de 18-19 años comparado con los de 20-24 años ($p=.001$).

Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática muestran que las intervenciones en sexualidad dirigidas a estudiantes universitarios mejoran significativamente tres dimensiones clave: el conocimiento sobre anti-concepción (Kumar et al., 2024; Hinoveanu et al., 2025; Olson et al., 2024; Zhang et al., 2023), las actitudes hacia la sexualidad y la autonomía en la toma de decisiones (Sanz-Martos et al., 2021; Hinoveanu et al., 2025) y la adopción de prácticas anticonceptivas (Olson et al., 2024; Zhang et al., 2023). Estas intervenciones, ya sean en modalidad presencial, en línea o mediante aplicaciones móviles, superan la barrera informativa señalada por Tapia-Martínez et al. (2020) y, según Jin et al. (2021), mantienen efectos positivos en el conocimiento hasta los 12 meses, aunque con una tendencia a disminuir con el tiempo.

No obstante, la correlación débil entre conocimiento y actitudes identificada por Sanz-Martos et al. (2021) indica que el aumento de información no siempre se traduce en cambios actitudinales, posiblemente por influencias culturales, sociales o personales. Uno de los resultados más relevantes identificados fue el incremento en la adopción de métodos anticonceptivos, especialmente condones y métodos de larga duración como el DIU y los implantes, como se evidencia en Nalwanga et al. (2021) y Comfort et al. (2021).

El aumento en el uso de condones, aunque modesto en algunos casos (Nuwamanya et al., 2020), es particularmente importante dado que este método no solo previene embarazos no planificados, sino también ITS. Sin embargo, la falta de uniformidad en los resultados, como se observó en Wong et al. (2021), indica que la efectividad de las intervenciones puede variar según el diseño, la población objetivo y el contexto cultural. Por ejemplo, las intervenciones que combinan educación con acceso a servicios de salud, como en Camino et al. (2023), mostraron mayores tasas de uso de servicios especializados, lo que sugiere que la accesibilidad es un factor crítico para traducir el conocimiento en prácticas concretas.

Tabla 1. Intervenciones para aumentar la conducta anticonceptiva

Estudio	País	Diseño del estudio	Participantes	Intervención	Resultados
Sanz-Martos, et al. 2021	España	Estudio cuasi-experimental de tipo pre-post	Universitarios (M= 19.63)	Dos sesiones de 3h de duración cada una, con 10 grupos de no más de 15 estudiantes.	Incremento en conocimiento de 7.30 ± 2.53 a 11.99 ± 1.71 ($Z = -8.8$, $p < .001$); en actitudes de 45.02 ± 5.22 a 46.28 ± 3.32 ($Z = -3.78$, $p < .001$). Correlación débil entre conocimiento post-intervención y puntuaciones de actitud ($r = .190$, $p = .041$).
Scull, et al. 2017	Estados Unidos	ECA	Universitarios (18-19 años)	Programa <i>Media Aware</i> en plataforma móvil (mHealth). Sobre educación en salud sexual: vídeos, textos y actividades.	Grupo de intervención: menos casos de sexo oral, vaginal o anal en quién no se había hecho la prueba de ITS o cuyo estado desconocía ($F_{(1,78)} = 10.47$, $p < .01$). Efecto en consumo de drogas/alcohol antes o durante una relación sexual ($d = .46$).
Leon-Larios, et al. 2024	España	Estudio prospectivo pre-post, seguimiento en 6 meses	Profesionales sanitarios en salud reproductiva	Programa de formación clínica, con métodos expositivos, vídeos demostrativos y sesiones prácticas "hands-on"	Aumento en el número de implantes insertados (30.5% basal a 52% post) y retirados (29.4% basal frente a 38.4% post). El 98.3% valoró mucho la formación y el 71.8% se sintió cualificado para formar a otros.
Jin, et al. 2021	China	ECA	Adolescentes (12-18 años)	Videos, textos informativos y actividades prácticas sobre sexualidad, salud reproductiva y relaciones interpersonales	Mejoras significativas en el grupo de intervención sobre conocimiento sexual ($\beta = 4.65$, IC 95%: 4.12-5.17) y actitudes ($\beta = 1.25$, IC 95%: 1.00-1.50). Efecto sostenido a los 12 meses, de menor magnitud (conocimiento: $\beta = 2.39$; actitudes: $\beta = .49$).
Hinoveanu, et al. 2025	Rumania	Estudio prospectivo	Estudiantes universitarias (M= 20.8 años)	Programa de consejería anticonceptiva de 12 semanas, sobre funcionamiento, eficacia y efectos secundarios de métodos anticonceptivos; decisiones informadas y empoderamiento.	Mejoras significativas en grupo de intervención sobre conocimiento anticonceptivo (CKQ= 25.5 ± 3.1 vs. 20.1 ± 4.3 en GC, $p < .001$), autonomía sexual (SAS: 82.6 ± 9.2 vs. 75.7 ± 10.1 , $p < .001$) e indicadores de bienestar psicológico: menor ansiedad (GAD-7: 3.1 ± 2 vs. 5.2 ± 2.3 , $p < .001$) y depresión (PHQ-9: 4.8 ± 2.0 vs. 7.1 ± 2.2 , $p < .001$).
Marcath, Craig & O'Connell 2025	Estados Unidos	Estudio evaluativo de tipo pre-post	Universitarios (M= 22.5)	18 seminarios presenciales y vía Zoom, de una hora cada uno, impartidos por estudiantes de farmacia.	Las puntuaciones totales de los conocimientos posteriores al programa fueron más altas (84% frente a 56%, $p < .001$).

Estudio	País	Diseño del estudio	Participantes	Intervención	Resultados
Kumar et al. 2024	Pakistán	Estudio de tipo pre y post	Universitarios (21-23 años)	Programa de educación en salud que incluyó una conferencia o clase magistral sobre el uso de anticonceptivos para la planificación familiar.	El 99% de los participantes mostró un incremento en el conocimiento sobre la planificación familiar: dispositivos intrauterinos, inyecciones, implantes y el método de retiro. Se registró una intención aumentada de uso de anticonceptivos, siendo estos cambios estadísticamente significativos ($p < .05$).
Nalwanga, et al. 2021	Uganda	ECA	Universitarios (M= 22)	Aplicación móvil centrada en SSR: plataforma de entrega de productos sanitarios; anticonceptivos; reservas y citas en línea para servicios (consejería y pruebas), módulo de información, chat en vivo, módulo de pagos, rastreo de envíos y módulo de seguridad.	Incremento significativo en el puntaje de conocimiento en SSR, con una diferencia de 2 unidades ($p < .001$). Aumento de uso de anticonceptivos en 6.6% ($p < .001$). Aumento del 17.2% en la realización de pruebas y consejería voluntaria para el VIH ($p < .001$) y un incremento del 12.9% en la consulta, diagnóstico y tratamiento de ITS ($p < .001$).
Ogulu y Sahin 2024	Turquía	ECA	Universitarios (M= 20.42)	Programa educativo integral en SSR; presencial, mientras que en el grupo control fue en línea. Sesiones acordes a la disponibilidad de participantes. Primera reunión de 1 h y siguientes de 20 min.	El grupo que recibió educación presencial, la puntuación media en el SHKQ aumentó de 21.20 (± 0.14) a 35.20 (± 0.07), mientras que en el RHS se observó un incremento de 130.56 (± 0.55) a 147.90 (± 0.25). Se obtuvo una correlación positiva significativa entre las puntuaciones de SHKQ y RHS después de implementar la intervención ($\beta = 1.481$ y $p < .005$), con un $R^2 = .141$.
Nuwamanya, et al. 2020	Uganda	ECA	Universitarios (M= 21)	Grupo intervención tuvo acceso a la aplicación: información, bienes y servicios de salud reproductiva (consejería, pruebas de detección) durante un período de seis meses. Grupo control: recibieron la atención habitual.	El componente de información fue el más usado, con una tasa de uso del 71%. La demanda se concentró en productos de SSR (condones y compresas sanitarias con utilidades del 77% y 94% respectivamente). Aumento del 6.6% en el uso de métodos anticonceptivos (DID, $p < .001$). La proporción de estudiantes que usaron condón en su última relación sexual aumentó en un 4% (DID, $p = .02$).
Wong, et al. 2021	China	ECA	Universitarias (M= 21.5)	La intervención "Smart Girlfriend" consistió en ofrecer contenido educativo integral sobre salud sexual, promover el uso consistente del condón e involucrar a las participantes de forma activa.	El grupo de intervención mostró una tendencia no significativa hacia una mayor probabilidad de reportar un 0% o un 100% de consistencia en el uso del condón en comparación con el grupo de control (OR 2.25; IC 95% .84-6.36).

Estudio	País	Diseño del estudio	Participantes	Intervención	Resultados
Comfort, et al. 2021	Estados Unidos	Evaluación post test	Profesional salud (N= 38,2)	Entrenamiento presencial in situ en los centros de salud escolares sobre el fortalecimiento de la consejería centrada en el paciente y actualización sobre elegibilidad y habilidades clínicas.	Los proveedores tenían una mayor probabilidad de reportar suficiente experiencia para asesorar sobre DIU (aOR=4.08; IC 95%: 2.62–6.36) e implante (aOR= 3.06; IC 95% 2.05–4.57). La probabilidad de ofrecer la inserción de DIU (aOR= 2.10; IC 95%: 1.41–3.12) e implante (aOR= 1.66; IC 95%: 1.44–1.91) durante la misma visita aumentó.
Camino, et al. 2023	Estados Unidos	E s t u d i o retrospectivo	Universitarios (N= 22)	Incorporación de un Centro de Salud Sexual (SHC) en centro de salud y bienestar estudiantil.	Los hombres tenían mayor probabilidad de acudir al SHC en comparación con la atención primaria (OR = 4.13; IC 95%: 3.41–4.83).
Sundstrom, et al. 2021	Estados Unidos	Evaluación post test	Universitarias (N= 19,8)	Campaña multimedia "You Have Options" de 10 semanas. Abordo disponibilidad de opciones anticonceptivas y sus beneficios.	Incremento en la media de puntuación en conocimiento, de 2.66 (DE = 1.30) a 3.06 (DE = 1.96), conocimiento sobre DIU (t [671]= -2.60, p< .01). Mayor probabilidad (p= .001) entre 20-24 años de edad, de colocarse un DIU que en 18-19.

Nota: Elaboración propia.

En el mismo sentido, la mejora en el acceso a servicios de salud sexual, como consejería y provisión de métodos anticonceptivos, fue un factor determinante en los resultados positivos de las intervenciones. Comfort et al. (2021) y Camino et al. (2023) demostraron que la capacitación de proveedores y la creación de centros de salud sexual en campus universitarios incrementaron significativamente el uso de métodos anticonceptivos de larga duración y la asistencia a servicios especializados. Estos resultados son consistentes con las recomendaciones de la OMS (2019, 2022) sobre la necesidad de mejorar el acceso a servicios de planificación familiar para reducir las tasas de embarazos no planificados. No obstante, la variabilidad en el acceso a servicios entre países de ingresos bajos y medianos, como se señala en el documento de la UNFPA (2022), sigue siendo una barrera significativa que requiere atención en futuros programas.

Las estrategias basadas en tecnología, como aplicaciones móviles (Nalwanga et al., 2021; Nuwamanya et al., 2020), son particularmente prometedoras para llegar a poblaciones jóvenes, dado su acceso generalizado a dispositivos móviles. Además, las universidades deben considerar la implementación de centros de salud sexual en los campus, como lo demuestra Camino et al. (2023), para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos y pruebas de detección de ITS.

No obstante, la variabilidad en los resultados, influenciada por factores culturales, diseños heterogéneos y limitaciones metodológicas (por ejemplo, riesgos de sesgo identificados en ROBINS-I), sugiere la necesidad de intervenciones inclusivas, culturalmente adaptadas y con seguimiento a largo plazo.

Limitaciones

Se identificaron varias limitaciones en los estudios analizados. En primer lugar, la heterogeneidad en los diseños de las intervenciones dificulta la comparación directa de los resultados y la generalización de los hallazgos. Además, algunos estudios reportaron efectos no significativos o de baja magnitud, lo que podría atribuirse a la falta de seguimiento a largo plazo o a muestras pequeñas. La evaluación de la calidad metodológica mediante herramientas como ROB 2 y ROBINS-I reveló riesgos de sesgo en algunos estudios, particularmente en los no aleatorizados, lo que podría haber influido en la robustez de los resultados. Finalmente, la mayoría de los estudios se centraron en mujeres universitarias, con una representación limitada de hombres, lo

que restringe la comprensión del impacto de las intervenciones en toda la población estudiantil.

Conclusión

Las intervenciones educativas, tecnológicas y de servicios en salud sexual y reproductiva han probado reducir embarazos no planificados y prevenir ITS, alineándose con la OMS/UNFPA y siendo viables en contextos de ingresos medios y bajos. Se observó que la instalación de centros de salud sexual en campus y el empleo de aplicaciones móviles han ampliado el acceso y el aprendizaje. Aunado a lo anterior, así como maximizar el impacto, se requiere capacitar a profesionales en asesoría empática y basada en evidencia, además de diseñar programas inclusivos y culturalmente adaptados con evaluación a largo plazo.

Referencias

- Camino, A. F., Witfield, M., Pridgen, K., Van Der Pol, B. & Van Wagenaar, N. (2023). Embedding a Dedicated Sexual Health Clinic in a University's Health Services Expands Sexually Transmitted Infection Screening Options. *Sexually transmitted diseases*, 50(7), 462–466. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001804>
- Comfort, A. B., Rao, L., Goodman, S., Barney, A., Glymph, A., Schroeder, R., McCulloch, C. & Harper, C. C. (2021). Improving Capacity at School-based Health Centers to Offer Adolescents Counseling and Access to Comprehensive Contraceptive Services. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34, 36–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.07.010>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2022). El asombroso número de embarazos no deseados revela un fracaso en el respeto de los derechos de las mujeres. <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506472>
- Hinoveanu, D., Gluhovschi, A., Enatescu, I., Belei, O., Stelea, L., Dumitru, C., Bratosin, F. & Laitin, S. M. D. (2025). The Impact of a Structured Contraceptive Counseling Program on Reproductive Health Knowledge, Sexual Autonomy, and Mental Well-Being Among Romanian College Women. *Healthcare*, 13(955). <https://doi.org/10.3390/healthcare13080955>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>
- Jin, Z., Guo, F., Wang, K., Zhang, H., Cao, W., Hee, J., Yuan, Y., Chen, M. & Tang, K. (2021). Effects of an Internet-Based and Teacher-Facilitated Sexuality Education Package: A Cluster-Randomized Trial. *Children*, 8(885). <https://doi.org/10.3390/children8100885>
- Kumar, R., Anwar, M., Naeem, N., Asim, M., Kumari, R. & Pongpanich, S. (2024). Effect of health education on knowledge, perception, and intended contraceptive use for family planning among university students in Pakistan. *Scientific reports*, 14. 28474. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-79550-5>
- Laine C. (2022). Contraceptive Counseling: An Essential Component of Preventive Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 175(7),1043-1044. <https://doi.org/10.7326/M22-1485>
- Leon-Larios, F., Alonso-Llamazares, M. J., Reisen, H. M., Parra, I., Novoa, M. R. & Lahoz-Pascual, I. (2024). Impact of the hands-on clinical training program for subdermic implant on contraceptive counseling and users' choice in Spain: A 6-month follow-up study. *Contraception*, 132, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110372>
- Marcath, M., Craig, K. & O'Connell, M. B. (2025). Impact of Reproductive Health Education Seminars on College Students' Contraception and Safe Sex Knowledge and Behaviors. *Pharmacy*, 13(39). <https://doi.org/10.3390/pharmacy13020039>
- Nalwanga, R., Nuwamanya, E., Nuwasiima, A., Babigumira, J. U., Asiimwe, F. T. & Babigumira, J. B. (2021). Utilization of a mobile phone application to increase access to sexual and reproductive health information, goods, and services among university students in Uganda. *Reproductive health*, 18(95), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01037-z>
- Nuwamanya, E., Nalwanga, R., Nuwasiima, A., Babigumira, J. U., Asiimwe, F. T., Babigumira, J. B. & Ngabouk, V. P. (2020). Effectiveness of a mobile phone application to increase access to sexual and reproductive health information, goods, and services among university students in Uganda: a randomized controlled trial. *Contraception and Reproductive Medicine*, 5 (31), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00134-5>

- Ogul, Z. & Sahin, N. H. (2024). The effect of an educational peer-based intervention program on sexual and reproductive health behavior. *Journal of Adolescence*, 96(7), 1642-1654. <https://doi.org/10.1002/jad.12371>
- Olson, R., Lehman, J., Mejia, A., Ojeikhodion, R., Osiecki, K., Kathambi, E., Kati, S. S. & Randolph, A. (2024). Just in case: undergraduate students identifying and mitigating barriers to their sexual and reproductive health needs. *BioMed Central Women's Health*, 24(96), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02854-7>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Se publican las primeras estimaciones nacionales sobre embarazos imprevistos y abortos. <https://www.who.int/es/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>
- Sanz-Martos, S., López-Medina, I. M., Álvarez-García, C., & Álvarez-Nieto, C. (2021). Educational program on sexuality and contraceptive methods in nursing degree students. *Nurse Education Today*, 107, 105114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105114>
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., Malik, C. V. & Keefe, E. M. (2017). Examining the efficacy of an mHealth media literacy education program for sexual health promotion in older adolescents attending community college. *Journal of American College Health*. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2017.1393822>
- Sundstrom, B., DeMaria, A. L., Ferrara, M., Meier, S., Vyge, K., Billings, D., DiBona, D. & McLernon, B. M. (2021). You Have Options: Implementing and evaluating a contraceptive choice social marketing campaign. *Medicine access @ point of care*, 5, 23992026211003499. <https://doi.org/10.1177/23992026211003499>
- Wong, J. Y. H., Zhang, W., Wu, Y., Choi, E. P. H., Ming Lo, H. H., Wong, W., Chio, J. H. M., Tam, H. L. C., Ngai, F. W., Tarrant, M., Wang, M. P., Ngan, H. Y-S. & Fong, D. Y-T. (2021). An Interactive Web-Based Sexual Health Literacy Program for Safe Sex Practice for Female Chinese University Students: Multicenter Randomized Controlled Trial. *JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH*, 23(3), 1-16. <https://doi.org/10.2196/22564>

Zhang, W., Wong, J.H., Wang, T. & Fong, D.Y.T. (2023). University-based behavioral interventions to promote safer sex practices: A systematic review and meta-analysis. *Journal of American College Health*, 6(71), 1822-1833. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1947835>

Capítulo 17. Consumo de alcohol y violencia en el noviazgo en adolescentes del norte de Tamaulipas

LURECIA SÁNCHEZ.LÓPEZ
NANCY ZULEMA REYES-CABRERA
CARLOS REYES-SÁNCHEZ
MIGUEL ÁNGEL VILLEGAS-PANTOJA
LAURA ALICIA GARCÍA-PERALES

Introducción

El alcohol es una sustancia psicoactiva capaz de causar adicción y dependencia, se considera como unas de las drogas más consumidas a nivel mundial, lo que representa un problema de salud pública para muchos países, con importantes cifras de defunción atribuibles a esta droga (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). En México, el consumo de esta droga es de gran relevancia, ya que datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018-2019) indican una prevalencia anual de 38.3% en la población adolescente, con cifras de mayor consumo en mujeres (44.0%) en comparación con los hombres (33.0%). Por tipos de consumo, la ingesta excesiva por ocasión se estima en cinco copas y más en los hombres, y cuatro o más en mujeres; lo cual es preocupante pues, las mujeres son más susceptibles a padecer problemas derivados del consumo de alcohol, además de mayor vulnerabilidad y posible riesgo de abuso sexual (Cabanillas-Rojas, 2020; Ruiz-Repullo et al., 2020).

El consumo de alcohol en adolescentes constituye uno de los comportamientos de mayor riesgo en esta población, debido a las múltiples repercusiones que puede generar (Ahumada-Cortez et al., 2020). Ingerir bebidas alcohólicas no solo afecta la salud física de quienes las consumen, sino que también impacta su esfera psicológica, su comportamiento y su desarrollo integral. Entre los principales riesgos asociados al consumo se incluyen los problemas con la autoridad, las relaciones sexuales sin protección, los episodios de intoxicación etílica, los accidentes de tráfico, las autolesiones, las ideas suicidas y los com-

portamientos violentos (Golpe et al., 2017; Góngora-Gómez et al., 2019; Páez-Rodríguez et al., 2021; Pimentel & Ferreira, 2021).

Respecto a este último punto, de acuerdo con la Red de Acción sobre Alcohol (2024), el consumo de alcohol ha sido relacionado con casos de violencia de género e intrafamiliar, además de que en los adolescentes podría aumentar la probabilidad de vivir situaciones de violencia en las relaciones de noviazgo, afectando su vida individual y social. De hecho, la violencia de pareja y de noviazgo constituye un problema social, de salud pública y de derechos humanos, porque atenta contra la dignidad de la persona de quienes lo padecen (Bautista-Hernández et al., 2023; Martínez-Godínez et al., 2020; OPS, 2022).

La violencia en el noviazgo es cualquier acto u omisión que cause daño o sufrimiento, tanto en lo físico, como emocional y sexual (Ley General de Acceso de las Mujeres hacia una Vida Libre de Violencia, 2024). El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE, 2017), agrega que, la violencia en la pareja tiene el fin de dominar o mantener el control de la otra persona. Se considera que existe violencia cuando está presente al menos uno de estos elementos en la relación (OMS, 2021).

La violencia en el noviazgo afecta emocionalmente a quienes se ven involucrados, pudiendo ser ejercida o sufrida, y se presenta tanto en hombres como en mujeres. Diversas investigaciones señalan que, cuando existe violencia física, suelen coexistir otros tipos de violencia, como la sexual y la emocional (Bautista-Hernández et al., 2023; OMS, 2021; Alós & Allieri, 2018; Zamora-Damián et al., 2018). En la actualidad, la violencia también puede manifestarse en el ámbito digital o virtual, considerada una extensión de la violencia tradicional, utilizada para denigrar, intimidar, agredir o acosar a la pareja (González-Ortega et al., 2020).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) reporta que al menos el 70% de las mujeres de 15 años o más han experimentado algún tipo de violencia, siendo la psicológica la más frecuente (51%), seguida de la sexual (49.7%). En este sentido, la violencia de pareja se considera un fenómeno cíclico y, en muchos casos, difícil de identificar, ya que las víctimas tienden a normalizar las conductas de maltrato al interpretarlas como expresiones de afecto o parte de la dinámica relacional (Martínez-Godínez et al., 2020). Por ello, quienes han sufrido violencia por parte de su pareja suelen minimizar los hechos, aceptar nuevamente la relación e incluso rechazar el apoyo externo, al considerar que su agresor puede cambiar. No obs-

tante, este tipo de violencia, tarde o temprano, genera consecuencias emocionales y sociales en quienes la padecen (Martínez, 2014).

Antecedentes

Diversos estudios, señalan que la violencia durante las relaciones de noviazgo en la adolescencia, tiene repercusiones significativas en el bienestar físico, emocional y en la calidad de vida de quienes la experimentan. Entre las consecuencias psicosociales documentadas, se encuentran el bajo rendimiento escolar, la disminución de la autoestima, la inseguridad personal, la soledad, la depresión, los pensamientos o ideas suicidas, así como el riesgo de sufrir violencia en etapas posteriores de la vida (Golpe et al., 2017; Martínez-Godínez et al., 2020).

La relación entre violencia en el noviazgo y consumo de alcohol en adolescentes, ha sido estudiada en distintas investigaciones. Por ejemplo, Bautista-Hernández et al. (2023), reportaron medias más altas de agresión psicológica y física en quienes consumen alcohol, además de una correlación significativa entre ambas variables. De manera similar, Martínez-Godínez et al. (2020), encontraron una relación entre la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas y los diferentes tipos de violencia —psicológica, física y sexual— presentes en la pareja. Por su parte, Ahumada-Cortez et al. (2020), identificaron una asociación entre la violencia ejercida a través de redes sociales y un mayor consumo de alcohol, siendo el sexo masculino quien manifestó mayor tendencia a ejercerla.

La literatura coincide en que la violencia en el noviazgo constituye un problema de salud pública que demanda un abordaje integral; no obstante, persisten vacíos en el conocimiento sobre la interacción entre el consumo de alcohol y las manifestaciones de violencia en adolescentes, particularmente en contextos socioculturales específicos como el norte de Tamaulipas. Aún cuando se han documentado las repercusiones físicas y emocionales de ambos fenómenos, existe escasa evidencia que analice su relación en esta región, donde las condiciones sociales, familiares y de acceso a servicios de salud pueden influir en su expresión. Estas limitaciones representan un área de oportunidad para la disciplina de enfermería, cuyo papel resulta clave en la detección temprana, prevención y atención de conductas de riesgo en la población adolescente.

Objetivos específicos

- Identificar la edad de inicio y los tipos de consumo de alcohol
- Conocer los tipos de violencia en la relación del noviazgo
- Identificar posibles diferencias entre la violencia y el turno escolar

Objetivo general

Conocer la relación de la violencia en el noviazgo y el consumo de alcohol en adolescentes al Norte de Tamaulipas.

Metodología

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por 1,369 adolescentes inscritos en una institución de educación media superior ubicada en el norte de Tamaulipas, México. La muestra final ($n = 300$) fue suficiente para realizar pruebas de correlación con capacidad de identificar tamaños de efectos moderados ($r = .200$), con error alfa de 0.05 y potencia de 93.8% (G*Power 3.1). Los criterios de inclusión fueron: estar inscritos en el plantel, pertenecer a cualquiera de los turnos, ser de ambos sexos y haber aceptado participar mediante asentimiento informado.

Instrumentos

Se empleó una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDP y HCA), en la que se recopilaban datos generales de cada participante, como edad, género, turno (matutino o vespertino), semestre cursado, condición de trabajo o estudio, y situación sentimental. Asimismo, se aplicó el Test sobre Violencia en el Noviazgo elaborado por el Instituto Aguascalentense de las Mujeres (Martínez, 2014), compuesto por 20 ítems distribuidos en dos secciones. La primera, correspondiente a los ítems del 1 al 9, utiliza una escala de respuesta de tres puntos: frecuentemente (2 puntos), a veces (1 punto) y nunca (0 puntos). La segunda, integrada por los ítems del 10 al 20, emplea la escala: frecuentemente (5 puntos), a veces (3 puntos) y nunca (0 puntos).

El puntaje total oscila entre 0 y 60 puntos, donde un valor más alto indica un mayor grado de violencia. Para la identificación de los niveles de violencia se consideraron los siguientes puntos de corte: 0–5 = no existe violencia, 6–15 = relación con señales de violencia, 16–25 = relación de abuso, 26–40 = relación de abuso severo y más de 41 = relación francamente violenta. Este instrumento ha sido previamente validado en población mexicana, y ha mostrado una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.82$) en el estudio de Zúñiga-Vargas et al. (2011).

El segundo instrumento aplicado fue la Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), adaptada al español mexicano por De la Fuente y Kershenovich (1992). Este instrumento permite detectar el consumo excesivo o problemático de alcohol y está conformado por diez reactivos tipo Likert, distribuidos en tres dominios: consumo riesgoso (ítems 1 al 3), síntomas de dependencia (ítems 4 al 6) y consumo perjudicial de alcohol (ítems 7 al 10). Cada reactivo se califica en una escala de 0 a 4 puntos, obteniéndose una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 40 puntos. Se considera consumo riesgoso a una puntuación de 0 a 7, consumo perjudicial a partir de 8 puntos, y posible dependencia con valores iguales o superiores a 20 puntos.

Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación se atendió lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Se acudió a la institución educativa seleccionada y, mediante oficio formal, se solicitó la autorización para la realización del estudio, explicando sus propósitos y alcances. Posteriormente, se obtuvo información sobre el número total de estudiantes inscritos en ambos turnos y grados académicos. Con base en estas listas, se seleccionaron aleatoriamente los grupos que participarían en la investigación. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las aulas, previa autorización del docente responsable de cada grupo. Se invitó a los alumnos a participar, explicándoles los objetivos del estudio y enfatizando que su participación era voluntaria y no tendría repercusiones en su situación académica. Asimismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad

de los datos, los cuales serían presentados únicamente de manera agregada, sin identificar a los participantes. Finalmente, se entregó a cada estudiante el consentimiento informado dirigido a los padres o tutores para su firma y autorización.

Al día siguiente, en el aula designada por la institución, se reunió a los estudiantes seleccionados para participar en el estudio. Se les explicó de manera clara y estructurada el propósito y los objetivos de la investigación, así como los posibles beneficios y su derecho a participar de forma voluntaria o a retirarse en cualquier momento sin repercusiones académicas. Posteriormente, se les entregó el asentimiento informado, el cual fue leído y firmado por quienes aceptaron participar.

A cada estudiante se le proporcionó un sobre que contenía los instrumentos de recolección de datos. Antes de iniciar, se ofrecieron indicaciones precisas sobre la forma correcta de responder los cuestionarios, haciendo énfasis en no dejar preguntas sin contestar y en comunicar cualquier duda al equipo investigador. Los participantes respondieron, en orden, la CDP y HCA, el Test sobre Violencia en el Noviazgo y, finalmente, la prueba AUDIT. El tiempo estimado para completar los instrumentos fue de 20 a 30 minutos.

En todo momento, los investigadores estuvieron presentes en el aula por si surgía alguna duda sobre el llenado de los instrumentos. Al concluir se les indicó colocar en el sobre los instrumentos, y depositarlos en una caja al final del aula. Finalmente, se les agradeció su participación en el estudio y se les comentó que los cuestionarios serían destruidos un mes después de terminar la presente investigación.

Análisis de Datos

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 2019) versión 26. La consistencia interna se obtuvo por medio del Alfa de Cronbach. Se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables; determinando el uso de estadística no paramétrica. Se usó estadística descriptiva, así como medidas de variabilidad como la desviación estándar. Se utilizó estadística inferencial, como la prueba U de Mann Whitney, prueba H de Kruskal Wallis y el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 300 adolescentes. La mitad correspondió al sexo femenino (50.0%), con una edad promedio de 15.8 años ($DE = 0.763$). Del total, el 64.7% pertenecía al turno vespertino, el 54.7% cursaba el cuarto semestre, el 13.3% combinaba estudio y trabajo, y el 38% refirió mantener una relación de pareja. En cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol, el 55.0% reportó haberlo consumido alguna vez en la vida, el 36.3% en el último año y el 11.3% en el último mes. La edad promedio de inicio en el consumo de esta sustancia fue de 14.3 años ($DE = 1.450$), y el número promedio de bebidas ingeridas en un día típico fue de 3.8 ($DE = 3.903$).

En la tabla 1, los resultados mostraron que la mayor parte de los adolescentes (46.8%) presentan un consumo riesgoso de alcohol. Semejantes proporciones de participantes tuvieron un consumo dependiente y dañino.

Tabla 1. Tipos de consumo de alcohol en los adolescentes.

Variable	f	%
Consumo riesgoso	51	46.8
Consumo dependiente	32	29.4
Consumo dañino	26	23.8

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje; n = 109

En la tabla 2 se puede observar que poco más de la mitad de la muestra (el 55.5%) no presentó violencia en el noviazgo. Esto significa que la proporción restante (44.5%) ha experimentado algún grado de violencia.

Tabla 2. Tipos de violencia en la relación de noviazgo de los adolescentes.

Variable	f	%
Sin violencia	66	55.5
Señales de violencia	42	35.3
Relación de abuso	8	6.7
Abuso severo	1	0.8
Relación violenta	2	1.7

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, n = 119

La tabla 3 muestra que existe diferencia significativa entre la violencia en el noviazgo y el turno escolar de los adolescentes ($U = 1019.500$, p

= .001). La media y mediana más alta de violencia en el noviazgo se observó entre los adolescentes del turno vespertino.

Tabla 3. Diferencias entre la violencia en el noviazgo y el turno escolar de los adolescentes.

Turno escolar	$\bar{X}$	DE	Mdn	H	p	d de Cohen
Matutino	4.9	5.918	3.0	1019.500	.001	.364
Vespertino	10.0	10.519	8.0			

Nota: $\bar{X}$ = Media, DE = Desviación estándar, Mdn = Mediana, H = H de Kruskal Wallis, p = significancia, n = 119

En cuanto al objetivo general del estudio, se identificó una relación positiva significativa entre la violencia en el noviazgo y el consumo de alcohol ($r_s = .269$, $p = .003$). Esto indica que, a mayor consumo de alcohol del adolescente, mayor es la violencia que se ejerce en la relación de noviazgo. De manera complementaria, la Tabla 4 se observa una diferencia significativa entre la puntuación de violencia en el noviazgo y el tipo de consumo de alcohol en los adolescentes ($H = 13.964$, $p = .001$). Las medias y medianas más elevadas de violencia en el noviazgo se presentaron en el grupo de adolescentes con consumo dañino de alcohol, lo cual coincide con los hallazgos de la prueba de correlación.

Tabla 4. Diferencias entre la violencia en el noviazgo y el tipo de consumo de alcohol.

Tipo de consumo	$\bar{X}$	DE	Mdn	H	p	d de Cohen
Riesgoso	5.4	7.466	3.0	13.964	.001	.404
Dependiente	9.3	4.535	9.0			
Dañino	12.3	11.856	10.0			

Nota: $\bar{X}$ = Media, DE = Desviación estándar, Mdn = Mediana, H = H de Kruskal Wallis, p = significancia, n = 109

Discusión

En la presente investigación se identificó una media de edad de inicio en el consumo de alcohol de 14.3 años. Este hallazgo es consistente con lo reportado por la ENCODAT (2017), que señala una alta prevalencia de consumo en la población menor de 17 años, y con lo descrito por Góngora-Gómez et al. (2019), quienes ubicaron el inicio del consumo entre los 14 y 15 años de edad. Resultados similares fueron reportados por Ahumada-Cortez et al. (2020), mientras que Méndez-Ruiz et al. (2018) informaron una media ligeramente menor, de 13.5 años. Estas

coincidencias pueden explicarse porque los adolescentes atraviesan una etapa de desarrollo caracterizada por la curiosidad, la búsqueda de nuevas experiencias y la exploración de sensaciones físicas y emocionales asociadas al consumo de alcohol (Golpe et al., 2017). Asimismo, la baja percepción de riesgo frente a las bebidas alcohólicas y la tendencia a considerarlas como sustancias socialmente aceptadas o poco peligrosas podrían favorecer un inicio más temprano del consumo (INP, INSP, CONADIC, SS, 2017; Méndez-Ruiz et al., 2018).

Por otro lado, la tolerancia social hacia el consumo de alcohol también podría ser un factor que explique la experimentación temprana con alcohol, ya que puede estar influido por los modelos de comportamiento que ejercen los padres y los grupos de pares, quienes suelen funcionar como referentes en esta etapa del desarrollo (Golpe et al., 2017; Páez-Rodríguez et al., 2021). De hecho, la ENCODAT (2017) refiere que el consumo de alcohol es mayor entre los adolescentes cuyos familiares o amigos cercanos también consumen. Esta situación resulta preocupante, ya que la adolescencia es una etapa caracterizada por intensos cambios físicos, cognitivos, sociales y emocionales, en la que pueden adquirirse hábitos poco saludables, como el inicio en el consumo de alcohol. Dichas conductas no solo afectan el desarrollo integral del adolescente, sino que también incrementan el riesgo de presentar, a futuro, trastornos relacionados con el uso de alcohol (OPS, 2022).

En cuanto a los tipos de consumo de alcohol, se observó que casi la mitad de la muestra presentó un patrón de consumo riesgoso. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Méndez-Ruiz et al. (2018) y Telumbre-Terrero et al. (2022), quienes describen patrones similares en poblaciones adolescentes. Esta situación resulta preocupante, ya que diversos autores señalan que el consumo riesgoso en esta etapa de la vida incrementa la probabilidad de desarrollar dependencia, presentar bajo rendimiento escolar o laboral, sufrir accidentes automovilísticos, involucrarse en situaciones de violencia y manifestar trastornos mentales o de conducta. Asimismo, el consumo prolongado se asocia con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer hepático (ENCODAT, 2017; Golpe et al., 2017).

En relación con la violencia en el noviazgo, se encontró una proporción de 44.5% de la muestra presentó algún indicio de violencia, lo cual es similar a lo reportado por Zúñiga-Vargas et al. (2011) en población local de mujeres con edad de entre 19 a 20 años. Sin embargo, esta proporción es menor a la descrita por el INEGI (2021), que informó que al menos el 70% de las adolescentes de 15 años o más ha

experimentado algún tipo de violencia. Cabe destacar que, al tratarse de una medición basada en autorreporte sobre un tema socialmente sensible, es posible que exista subregistro o infrareporte por parte de los participantes, lo que podría explicar la menor prevalencia observada en este estudio.

En relación con la violencia en el noviazgo y el turno escolar de los adolescentes, se identificó un mayor puntaje de violencia entre quienes cursaban el turno vespertino. Este resultado podría explicarse porque los estudiantes de este turno, tienden a presentar mayores dificultades académicas y menor satisfacción escolar, factores que podrían favorecer su involucramiento en conductas de riesgo como la violencia o el consumo de alcohol. En este sentido, Tena-Suk et al. (2018), señalan que el consumo nocivo de alcohol en la adolescencia se asocia con problemas escolares, conflictos familiares y sociales, así como, con la ocurrencia de agresiones físicas. De manera congruente, Urbán et al. (2022), encontraron que, un mayor consumo de alcohol se relaciona con menor rendimiento académico, y una mayor probabilidad de presentar conductas problemáticas, entre ellas la violencia.

En relación con el objetivo general del estudio, se confirmó la existencia de una relación significativa entre la violencia en el noviazgo y el consumo de alcohol. En otras palabras, a mayor consumo de alcohol, mayor es la presencia de conductas violentas dentro de la relación. Este hallazgo coincide con lo reportado por Martínez-Godínez et al. (2020), quienes identificaron una relación entre la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas y los distintos tipos de violencia. De manera similar, Ahumada-Cortez et al. (2020), encontraron una asociación significativa entre el uso de violencia y el consumo de alcohol. Una posible explicación de esta relación, es que, el consumo de alcohol afecta las funciones cognitivas del cerebro, como la memoria, el juicio y la toma de decisiones, lo que incrementa la probabilidad de involucrarse en situaciones de violencia y, de no recordar posteriormente los eventos ocurridos (Bautista-Hernández et al., 2023; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2022).

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian que el consumo de alcohol en adolescentes inicia a edades tempranas y alcanza niveles de riesgo preocupantes, lo que incrementa la posibilidad de desarrollar dependencia y conductas problemáticas. Asimismo, se identificó una propor-

ción considerable de adolescentes que experimentan violencia en sus relaciones de noviazgo, con mayor prevalencia en el turno vespertino. El hallazgo central confirma una relación significativa entre el consumo de alcohol y la violencia en el noviazgo, lo que sugiere que el uso de esta sustancia puede alterar las funciones cognitivas y emocionales, favoreciendo comportamientos agresivos.

Estos resultados refuerzan la necesidad de diseñar estrategias preventivas integrales que incluyan la detección temprana, la educación para la salud y la promoción de habilidades socioemocionales en la población adolescente. La enfermería, por su cercanía y capacidad de intervención directa, desempeña un papel esencial en la identificación de factores de riesgo y en la implementación de programas orientados a reducir el consumo de alcohol y prevenir la violencia en las relaciones afectivas juveniles.

Referencias

- Ahumada-Cortez, J. G., Bacasegua-Valenzuela, J. A., Gámez-Medina, E., & Valdez-Montero, C. (2020), Violencia de pareja en las redes sociales y consumo de alcohol en adolescentes. *Eureka*, 236-256. <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-22.pdf>
- Alós, I. B. Y., & Allieri, Y. E. M. (2018). Violencia infligida por la pareja. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(2), 1-11. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi182b.pdf>
- Bautista-Hernández, G., Techalotzi-Amador, A., Vera-Noriega, J.A., & Tanori-Quintana, (2023). Consumo de alcohol y violencia ejercida en el noviazgo en estudiantes universitarios de pueblos originarios. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 9(1), 80-87. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.1.08>
- Cabanillas-Rojas, W. (2020). Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Revista Peruana Medica Experimental de Salud Pública*, 37(1), 48-54. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2024). *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (última reforma)*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

- De la Fuente, J. R. & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 45-51. file:///C:/Users/crsanchez/Downloads/jrodriguezmartinez,+1992.35.02.0047.pdf
- Diario Oficial de la Federación (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Diario Oficial de la Federación (DOF), 2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/932>
- Góngora-Gómez, O., Gómez-Vázquez, Y. E., Ricardo-Ojeda, M. A., Pérez-Guerrero, J. L., Hernández-González, E., & Riverón-Carralero, W. J. (2019). Comportamiento del alcoholismo en adolescentes. *Acta Medica del Centro*, 13(3), 315-327. <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/979>
- González-Ortega, J. L., Romero-Méndez, C. A., Rojas-Solís, J. L., & Lopez-Cortes, V. A. (2020). Violencia cara a cara (offline) y en línea (online) en el noviazgo de adolescentes mexicanos. *Revista Civilizar, Ciencias Sociales y Humanas*, 20(38), enero-junio. <https://doi.org/10.22518/jour.ccsch/2020.1a09>
- Instituto Mexicano de la Juventud (2017). *Violencia en el noviazgo*. <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/violencia-en-el-noviazgo-129663>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Encuesta nacional sobre la dinámica en las relaciones en los hogares (ENDIREH). *Comunicado de Prensa* 485/22, 1-36. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf
- 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 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Ciudad de México, México: INPRFM. <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *El consumo excesivo en adolescentes*. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/index.php/index.php/avisos/el-consumo-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes>

- Martínez, E. C. (2014). *Manual del taller: Noviazgo entre adolescentes*. México: Plaza de la República No. 105 Altos. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller_noviazgo.pdf
- Martínez-Godínez, D., Gutiérrez-Ruiz, M. A., Soto-Cisneros, D. M., Rodríguez-Nava, V. F., Gómez-Cardona, J. P., & Rodríguez-Ramírez, J. M. (2020). Relación entre el consumo de alcohol, y violencia de pareja en estudiantes de educación superior. *Revista Enferm, Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28(2), 75-81. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95332>
- Méndez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejeda, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., & Villegas-Pantoja, M. A. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438-448. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.6>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2022). *Alcohol's Effects on Health 2022. El alcohol y el cerebro del adolescente*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/el-alcohol-y-el-cerebro-del-adolescente>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer; nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (2024). Alcohol. *Nota descriptiva*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Salud del adolescente, nota descriptiva*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Páez-Rodríguez, Y., Lago-Díaz, Y., Valle-Pimienta, T., Sosa-Hernández, J., Coro-Carrasco, Z., & Báez-Delgado, M. (2021). Consumo de alcohol en adolescentes de la escuela preuniversitaria Federico Engels de Pinar del Río. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000200008
- Pimentel, C. A., & Ferreira, C. (2021). Niveles de ideación suicida asociados con el consumo de alcohol. *Enfermería Global*, 20(63), 127-161. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.451351>
- Red de Acción sobre Alcohol RASA (2025). *El consumo de alcohol aumenta la violencia hacia las mujeres*. Blog de prensa sobre el alcohol y su relación con la violencia. Disponible en: <https://>

- accionesobrealcohol.org/2024/10/15/el-consumo-de-alcohol-aumenta-la-violencia-hacia-las-mujeres/
- Ruiz-Repullo, C., Lopez-Morales J., & Sanchez-Gonzales, P. (2020). Violencia de genero y abuso de alcohol en contextos recreativos. *Revista Española de Drogodependencia*, 45(2), 13-22. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343230236_Violencia_de_genero_y_abuso_de_alcohol_en_contextos_recreativos_Gender_violence_and_abuse_of_alcohol_in_leisure_contexts
- Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, & Rivera-Dommarco J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México.
- Telumbre-Terrero, J. Y., Mendoza-Catalán, G., López-Cisneros, M. A., Castillo-Arcos, L. del C., & Maas-Gongora, L. (2022). Soledad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Health and Addictions/Salud y Drogas*, 22(2), 176-185. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i2.673>
- Tena-Suk, A., Castro-Martinez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martin, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Revista Medicina Interna, Mex.* 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- Urbán, D. J. A., Ingles, C. J., Rodriguez-Aguilar, M., & García-Fernández, J. M. (2022). Consumo de tabaco y alcohol: metas académicas, autoconcepto escolar y rendimiento académico en adolescentes portugueses. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 22(2), 283-297. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i2.719>
- Valenzuela-Varela, A., & Vega-López, M. G. (2015). Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública. *Salud Jalisco*, 2(3), 164-168. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2015/sj153g.pdf>
- 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*, 9(1), 30-53. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-18332018000100030
- Zúñiga-Vargas, M. L., Martínez-Aguilera, P., Hernández-López, I., De Valle-Alonso, M. D. J., & López-Hernández, M. (2011). Violencia durante el noviazgo. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*. 19(7), 242-245. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-242.pdf>

Capítulo 18. Tiempo en pantalla en estudiantes universitarios: relación con adicción a redes y dependencia al móvil

JOSÉ MARIO REYES ZAPATA
MARÍA TERESA RIVERA MORALES

Introducción

La salud mental de los estudiantes universitarios es un área en constante investigación que abre el espacio para examinar un sinfín de factores y sus implicaciones. Entre estas variables destacan aquellas que tienen que ver con la interacción de los estudiantes en las redes sociales y con el uso de los teléfonos inteligentes.

En un estudio previamente iniciado y que actualmente se encuentra en desarrollo por parte de este grupo, se investiga la relación entre la somnolencia diurna excesiva con algunas variables de la salud mental como la depresión, la ansiedad y el estrés, entre otras que incluyen la autopercepción de adicción a redes sociales y la dependencia al dispositivo móvil. En el presente estudio, se aborda una línea de investigación distinta, aunque se toma como fuente de información la base de datos originalmente generada, centrando el enfoque de este artículo en responder a la pregunta: ¿existe relación entre el tiempo de uso del teléfono móvil y los niveles de autopercepción de adicción a las redes sociales y de dependencia a este dispositivo en los estudiantes universitarios?

Para comprender este fenómeno, resulta crucial abordar algunos fundamentos relacionados con esta temática como la relevancia y la utilidad del internet, el teléfono inteligente como el medio preferido por los estudiantes para acceder a la red, algunas consideraciones sobre el exceso en la utilización y en una posible adicción, la percepción de los estudiantes ante este fenómeno y las posibles afectaciones que esta práctica puede generar.

En atención a esto, es necesario hacer hincapié en que el internet ha experimentado adelantos debido a la web 2.0, la socialización y la colaboración que favorece (Cabero et al., 2020). Convirtiéndose en una

herramienta útil tanto en el ámbito académico y laboral, así como para el ocio y el tiempo libre (Mei et al., 2016, como se cita en Bernal et al., 2021).

En el caso de los estudiantes, cabe mencionar que el 99% de los universitarios utilizan un teléfono inteligente (Dorantes & Reyes, 2021). Un dispositivo que se ha posicionado como el medio preferido por el 80% de los universitarios para establecer conexión en internet y como la vía primaria para conectar con otros a mediante las redes sociales y la mensajería instantánea (Ruíz et al., 2019). Por tanto, el teléfono móvil se ha convertido en una herramienta de uso frecuente para sus actividades cotidianas (Aznar et al., 2020; Martínez et al., 2020; como se citan en Roque et al., 2024).

Dentro de ese contexto, Villavicencio et al. (2025), haciendo referencia a Cía (2013), destacan la relevancia de que una utilización excesiva y persistente del internet puede conducir a un cuadro adictivo cuya relevancia clínica y epidemiológica representa a una de las patologías emergentes de mayor impacto en la actualidad. Causante de afectaciones en áreas importantes de la vida como el trabajo, las relaciones sociales, la alimentación, el descanso, etc., en aquellas personas que, con propósitos recreativos, incurren en tiempos de conexión muy prolongados.

A este respecto, algunos autores como Roque et al. (2024), haciendo referencia a Aznar et al. (2020) y a Martínez et al. (2020), así como Ruíz et al. (2019), concuerdan en que un tiempo superior a cinco horas al día frente a las pantallas en los estudiantes universitarios es una práctica que pudiera ser considerada problemática o indicativa de adicción.

No obstante, conviene destacar que, a pesar de que invierten una excesiva cantidad de horas, principalmente en la interacción en redes sociales, los estudiantes universitarios no advierten tener una conducta nociva o tienen poca consciencia en cuanto a autoperibirse como adictos, aunado a que no distinguen algún tipo de riesgo como producto de esa práctica, tal como lo enfatizan Valencia et al. (2021) sustentándose en los planteamientos de Sánchez et al. (2015), Marín et al. (2019), Castro & Moral (2017), Hunt et al. (2018), Kuss & Griffiths (2017).

Ante esto, Sánchez et al. (2024) exponen que toda actividad normal que provoca placer puede orillar a la persona a experimentar pérdida de control y reiteración, a pesar de padecer consecuencias adversas. Sin embargo, es necesario mantener el dedo en el renglón con respecto a esto último, es decir, a enfatizar en que es una realidad que dichas repercusiones pueden presentarse y, en el caso de la adicción al teléfono

móvil, llevar a la persona a sentir temor de no poder utilizarlo y producirle respuestas desadaptativas como la ansiedad, estado depresivo, desequilibrio emocional, problemas de sueño y alimentación. Mientras que, en el caso de la adicción a las redes sociales, pueden producirle una pérdida de control y una serie de síntomas de abstinencia relacionados con no poder acceder a la red, necesidad de más tiempo de conexión y otras consecuencias negativas, tal como lo enumeran los autores mencionados al hacer referencia a Kara et al. (2021), Anshari et al. (2019), Zwilling (2022), Elhai et al. (2017), Jahrami et al. (2021) y Sharma et al. (2023).

Con base en lo planteado, y recuperando la intención de la presente investigación, se establece como hipótesis general de investigación la de comprobar si existe relación entre el tiempo de uso del teléfono móvil y los niveles de autopercepción de adicción a las redes sociales y de dependencia a este dispositivo en los estudiantes universitarios.

Antecedentes

Tiempo de conexión a internet

En lo que corresponde al tiempo de conexión a internet, la Asociación de Internet MX (2024) destaca que, en México, la generación Z (cuyo rango de edad comprende los 12 y los 27 años), a la cual pertenece el grupo etario de estudiantes universitarios, destina un tiempo promedio al día para conectarse a internet de más de 9 horas en el 33% de ellos, un tiempo de 7 a 9 horas en el 22%, un lapso de 5 a 7 horas en el 17%, una exposición de 3 a 5 horas en un 17% y un tiempo de 1 a 3 horas en el 11% restante. Un dato que revela que poco más de dos tercios de este grupo se conecta a internet por 5 horas o más al día, es decir, por un rango de tiempo que ya pudiera ser considerado como adictivo.

Tiempo de uso del teléfono móvil

En cuanto al tiempo de uso del teléfono móvil, Bueno et al. (2024) reportan que un 46.7% de los estudiantes utiliza el teléfono móvil por 5 o más horas al día, un dato correspondiente con el de Ruíz et al. (2019), quienes lo observan en un 38%. De manera muy similar, Dorantes & Reyes (2021) encuentran que un 33.6% de los estudiantes lo utiliza por periodos de 4 a 6 horas continuas.

Adicción a redes sociales

En términos de adicción a las redes sociales, Cano et al. (2023), mediante la aplicación de la escala SMAS-SF, observan que un 46% de los estudiantes universitarios se posicionan con valores bajos de adicción, un 52% con valores promedio y solo un 2% con valores altos o muy altos. Por su parte, al aplicar el mismo test, López (2024) manifiesta no detectar ninguna tendencia a esta adicción al obtener la mayoría de los valores de las medias por debajo de 3 para los 28 reactivos y las 4 dimensiones. Datos que resultan concordantes con los mostrados por Valencia et al. (2023) y Valencia et al. (2021) al observar que los estudiantes muestran poca consciencia al percibirse como adictos y a una creencia de que el uso que hacen de las redes sociales no sugiere adicción ni supone algún riesgo.

Dependencia al móvil

En lo referente a la dependencia al teléfono móvil, Bueno et al. (2024) observan un nivel moderado de adicción en un 38,2%, mientras que Cuadrado & Mejía (2022) en un 68.7%, añadiendo un 2.2% en un nivel bajo. Por su parte, Castillo et al. (2021) observan un 66.5% y Castillo et al., (2022) un 59.4% en el nivel moderado, aunque, este último, con un 22.6% en un nivel alto de dependencia. Datos similares a los encontrados por Morales et al. (2021), quienes como resultado de su estudio reportan un 74% de dependencia media y un 22.3% de dependencia alta.

Relación entre el tiempo de uso del móvil y la adicción a las redes sociales y la dependencia al dispositivo

Con respecto a si el excesivo tiempo de uso del móvil tiene que ver con un problema de dependencia o con un problema de adicción a las redes sociales, Jasso et al (2018) concluyen como parte de un estudio, que el uso problemático del móvil tiene una alta relación con la adicción a las redes sociales, considerando que puede estar más encaminado a una conducta adictiva a dichas redes que a una dependencia al dispositivo como medio de acceso.

Método

Enfoque metodológico

La presente investigación utiliza un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de tipo transversal o transeccional. Un diseño que permite recabar datos de las variables de estudio en un momento específico, dentro de su ambiente natural y sin manipularlas. Utilizando un nivel correlacional-causal para describir las variables de estudio y determinar su relación (Hernández et al., 2014).

Muestra

Se plantea el uso de la técnica de muestreo no probabilístico y un tipo de muestreo por conveniencia dada la disponibilidad de los estudiantes para el proceso de investigación, tal como lo plantea Hernández (2021).

Participantes

Para este estudio, se trabaja con los datos previamente obtenidos de una muestra de 127 estudiantes de nivel superior. Utilizando como criterios de inclusión el hecho de ser mayor de edad y de estar de acuerdo con participar en forma voluntaria al otorgar su consentimiento en el propio instrumento.

Una muestra conformada por 72 hombres y 55 mujeres, 57% y 43% respectivamente, de los cuales 80, un 63%, se dedican solo a estudiar y 47, un 37%, trabajan además de estudiar. Declarando ser solteros 126, un 99%, y 1 en unión libre, el 1%, además de no tener hijas o hijos en su totalidad. Declarando que 106, un 84%, viven con sus padres, madres, hermanas y/o hermanos.

Instrumento

Se utiliza el cuestionario desarrollado para la investigación inicial y distribuido a través de la plataforma de Google Forms, el cual consta de una sección introductoria que incluye el objetivo, el consentimiento informado, la declaratoria de privacidad, el anonimato y la confidencialidad, la confirmación de mayoría de edad, la confirmación de participación voluntaria, una sección de datos generales, una sección de hábi-

tos en la que se recoge información como la cantidad de minutos que se utilizó el celular el día anterior, una sección de instrumentos que incluye la escala Social Media Addiction Scale Student Form [Escala de Adicción a las Redes Sociales Forma de Estudiante] (SMAS-SF) y la Test of Mobile Phone Dependence Brief Multicultural Version [Escala de Dependencia al Teléfono Móvil en su Versión Breve Multicultural] (TMDbrief), así como una sección final de agradecimiento.

Escala SMAS-SF

Se utiliza la escala SMAS-SF, originalmente desarrollada por Sahin (2018), validada y adaptada al contexto mexicano por Cabero et al. (2020). Una escala de 29 ítems, aunque aplicada, de acuerdo con la versión adaptada, con los 28 ítems sugeridos por los autores. Con una construcción de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, del 1 al 5, que van de “Fuertemente en desacuerdo” a “Fuertemente de acuerdo”. Un instrumento que, de acuerdo con Cabero et al. (2020), posee un índice alto de fiabilidad en la globalidad y en las dimensiones que lo conforman al superar el valor rho de Jöreskog de 0,7.

Escala TMDbrief

Se utiliza la versión multicultural TMDbrief de Chóliz et al. (2016), la cual incluye en su estudio una muestra de México y Guatemala, conformada por 12 ítems, de los 22 de su versión original, los cuales alcanzan un valor alfa de Cronbach de 0.88. Una escala de tipo Likert que en sus reactivos del 1-10 va desde “nunca” hasta “frecuentemente”, de 0 a 4; mientras que, en los 12 restantes, va de “completamente en desacuerdo” a “completamente de acuerdo”, de 0 a 4.

Adicionalmente, se debe aclarar que los baremos utilizados para determinar los niveles de dependencia se basan en los propuestos por Gamero et al. (2016), teniendo como nivel bajo el rango entre los percentiles 0 y 25, nivel moderado el rango entre 30 y 70, y nivel alto el rango entre 75 y 95.

Procedimiento

El instrumento, en formato electrónico, se distribuye entre los estudiantes a través de correo electrónico, solicitando su participación

voluntaria y el otorgamiento de consentimiento informado. Una vez respondidos los cuestionarios, los datos son recuperados desde la aplicación de Google y depositados en una tabla con formato en Excel con el fin de facilitar su análisis estadístico. De esta base de datos, originalmente generada para la investigación inicial, se toma la información utilizada para el presente estudio.

Análisis estadístico

El análisis de datos y procesamiento estadístico se desarrolla haciendo uso del software estadístico denominado Jeffrey's Amazing Statistics Program [JASP] (Goss, 2024) en su versión 0.19.3 del 2025, desarrollada por la Universidad de Ámsterdam, buscando dar respuesta a los objetivos planteados para la presente investigación a través de las diferentes técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

Aspectos éticos

Para el presente estudio se consideraron los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki, señalados por la World Medical Association [Asociación Médica Mundial] (WMA, 2024), para investigaciones con seres humanos. La participación fue completamente voluntaria, garantizando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. Se solicitó el consentimiento informado a cada participante mediante un apartado inicial del cuestionario, en el cual se les explicó el objetivo del estudio, la naturaleza anónima de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Dado que el estudio no implicó intervención alguna ni manipulación de variables, no se consideran riesgos mayores para los participantes.

Resultados

En este apartado se exponen los resultados obtenidos del análisis y procesamiento estadístico. Iniciando con la Tabla 1 *Estadísticas descriptivas de las variables de estudio*, en la cual se observa una media de 362 minutos para el tiempo de uso de teléfono móvil, con una desviación estándar de 130.9 y un percentil 75 de 451. Datos que permiten afirmar que el promedio de uso del teléfono móvil reportado por los estu-

diantes en un día corresponde a 362 minutos, es decir, es equivalente a 6 horas y que un 25% lo utiliza 451 minutos (7.5 horas) o más.

Así mismo, se pueden observar las medias de las puntuaciones totales para cada una de las escalas, correspondiendo un valor de 63.6 a la puntuación total de la escala SMAS-SF y de 21.9 a la escala TMDbrief.

Como complemento de lo anterior, en las tres variables se muestra el valor p de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk. Un valor p de 0.938 para la variable de tiempo de uso de teléfono móvil, de 0.591 para la variable de autopercepción de adicción a redes sociales (SMAS-SF Total) y de 0.329 para la variable de dependencia al teléfono móvil (TMDbrief Total). Valores de p que, al ser mayores a 0.05 para cada una de las tres variables, permiten establecer que las distribuciones se ajustan a la normalidad (Goss, 2024).

Por otra parte, siguiendo a Cabero et al. (2020), se obtienen las frecuencias y los porcentajes de autopercepción de adicción a redes sociales, los cuales se pueden observar en la Tabla 2 *Frecuencias y porcentajes de autopercepción de adicción a redes sociales*. Dichos resultados permiten identificar que un 56% de los estudiantes se muestra en desacuerdo con respecto a percibirse como adictos a las redes sociales, un 35% como indecisos, un 9% fuertemente en desacuerdo y tan solo un 1% de acuerdo.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables de estudio

	<i>Tiempo de uso del teléfono móvil</i>	<i>Autopercepción de adicción a redes sociales (SMAS-SF Total)</i>	<i>Dependencia al teléfono móvil (TMDbrief Total)</i>
Muestra válida	127	127	127
Media	362	63.6	21.9
Desviación estándar	130.9	15.6	8.9
Percentil 75	451	73	28
Shapiro-Wilk valor p	0.938	0.591	0.329

Nota. El tiempo de uso de teléfono móvil está dado en minutos. Los valores para las escalas SMAS-SF y TMDbrief corresponden a la puntuación total obtenida.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de autopercepción de adicción a redes sociales

<i>SMAS-SF Total</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Fuertemente en desacuerdo	11	9%
En desacuerdo	71	56%
Indeciso	44	35%
De acuerdo	1	1%

<i>SMAS-SF Total</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Fuertemente de acuerdo	0	0%
Total	127	100%

Nota. Con base en la puntuación total promedio de la escala SMAS-SF

En lo que corresponde al nivel de dependencia al dispositivo móvil, con base en lo planteado por Chóliz et al. (2016), las frecuencias y porcentajes para los niveles de la escala TMDbrief se presentan mediante el puntaje total en la Tabla 3 *Frecuencias y porcentajes para los niveles de dependencia al móvil mediante la escala TMDbrief*. Resultados que revelan que un 51% de los estudiantes se posiciona en un nivel moderado de dependencia al móvil, mientras que un 26% en un nivel bajo y un 23% en un nivel alto.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes para los niveles de dependencia al móvil mediante la escala TMDbrief

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	33	26%
Moderado	65	51%
Alto	29	23%
Total	127	100%

En lo que corresponde a la correlación entre variables, considerando que las distribuciones de las 3 variables se ajustan a la normalidad, se calcula el coeficiente de correlación de Pearson. De esta forma, en la Tabla 4. *Correlación de Pearson entre las variables de tiempo de uso de celular, nivel de autopercepción de adicción a redes sociales y nivel de dependencia al móvil*, se puede observar que no existe correlación entre el tiempo de uso de celular y las variables de autopercepción de adicción a redes sociales y de dependencia al móvil, ya que ambos valores p de 0.149 y 0.330 son mayores a 0.05. Un dato que permite aceptar la hipótesis nula (H_0), mostrada en la Tabla 5 *Tabla de hipótesis y criterios de aceptación para correlación de Pearson*, la cual establece que no existe correlación.

Por otra parte, en la Tabla 4, se observa que existe una correlación significativa entre la variable de autopercepción de adicción a las redes sociales y la variable de dependencia al móvil. Una afirmación que se sustenta con un valor de $p < 0.001$, el cual se encuentra por debajo del valor p de 0.05 que, de acuerdo con la Tabla 5 *Tabla de hipótesis y criterios de aceptación para correlación de Pearson*, confirma la aceptación de la hipótesis de investigación (H_i) que sugiere que existe correlación.

Correlación entre la variable de autopercepción de adicción a las redes sociales y la variable de dependencia al móvil que resulta positiva, como puede observarse en la misma Tabla 5, la cual muestra que al obtener un valor $r \geq 0$ se acepta la hipótesis nula (H_0) que sugiere que la correlación no es negativa.

Tabla 4. Correlación de Pearson entre las variables de tiempo de uso de celular, nivel de autopercepción de adicción a redes sociales y nivel de dependencia al móvil

Variables	Tiempo de uso de celular		Dependencia al móvil (TMDbrief)	
	r de Pearson	valor p	r de Pearson	valor p
Dependencia al móvil (TMDbrief)	0.087	0.330	-	-
Autopercepción de adicción a las redes sociales (SMAS-SF)	0.129	0.149	0.697	<0.001

Tabla . Tabla de hipótesis y criterios de aceptación para correlación de Pearson

Prueba	Hipótesis	Criterio de aceptación
Correlación de Pearson	Ho: No existe correlación	Valor $p \geq 0.05$
	Hi: Existe correlación	Valor $p < 0.05$
Dirección de la correlación	Ho: La correlación no es negativa	Valor $r \geq 0$
	Hi: La correlación es negativa	Valor $r < 0$

Nota. Criterios conforme a Goss (2024) y Cohen (1992, como se cita en Esparza et al., 2017).

Adicional a lo anterior, considerando los criterios mostrados en la Tabla 6 *Tabla de efecto de la correlación de Pearson*, se puede determinar que, en el caso de la correlación entre la variable de autopercepción de adicción a las redes sociales y la variable de dependencia al móvil, el efecto es grande o fuerte, una vez que el valor de r de 0.697 se ubica en el rango de $r \geq 0.5$.

Tabla 6. Tabla de efecto de la correlación de Pearson

Valor de r	Nivel
$r < 0.1$	Efecto trivial
$0.1 \leq r < 0.3$	Efecto pequeño
$0.3 \leq r < 0.5$	Efecto moderado
$r \geq 0.5$	Efecto grande o fuerte

Nota. Criterios conforme a Goss (2024) y Cohen (1992, como se cita en Esparza et al., 2017).

Conclusiones

Los resultados del presente estudio muestran que, aunque los estudiantes universitarios dedican un promedio diario de seis horas al uso del teléfono móvil —superando las 7.5 horas en el 25% de los casos—, no existe una relación estadísticamente significativa entre dicho tiempo de uso y los niveles de autopercepción de adicción a redes sociales ni de dependencia al dispositivo móvil. Específicamente, los valores p (0.149 y 0.330) indican que no se puede afirmar la existencia de una correlación entre estas variables.

Sin embargo, sí se identifica una correlación positiva y significativa entre la autopercepción de adicción a redes sociales y la dependencia al teléfono móvil ($r = 0.697$, $p < 0.001$), lo cual sugiere que ambas dimensiones están fuertemente vinculadas. Es decir, los estudiantes que reportan mayores niveles de dependencia también tienden a percibirse más adictos a las redes sociales, aunque no necesariamente utilicen más tiempo el dispositivo.

Este hallazgo resalta una posible disociación entre el tiempo de uso y la conciencia del impacto psicológico que este puede tener. A pesar del uso intensivo, los estudiantes no se autoperciben como adictos, lo cual podría reflejar una normalización del uso excesivo del móvil en contextos universitarios. Esto plantea la necesidad de diseñar estrategias psicoeducativas que promuevan una mayor conciencia sobre el uso problemático de las tecnologías digitales y sus implicaciones para el bienestar psicosocial.

En síntesis, el estudio contribuye al campo de la psicología educativa y de la salud mental al evidenciar que la percepción subjetiva de adicción y dependencia no siempre guarda relación directa con el tiempo de exposición, pero sí entre sí mismas. Se sugiere continuar esta línea de investigación incluyendo variables mediadoras (como la ansiedad, autoestima o regulación emocional), ampliar la muestra a diversas instituciones y considerar enfoques mixtos que integren dimensiones cualitativas.

Discusión

Con base en este análisis, se puede afirmar que los estudiantes universitarios utilizan el teléfono móvil como una herramienta de uso común sin considerar que dicha práctica represente una adicción, a pesar del

tiempo excesivo que una considerable proporción de ellos llega a utilizarlo.

En ese sentido, los hallazgos correspondientes a una falta de relación entre el tiempo de uso del teléfono móvil y la autopercepción de dependencia a las redes sociales encuentran concordancia con los estudios realizados por López (2024), Valencia et al. (2021) y Valencia et al. (2023), quienes en sus hallazgos manifiestan una baja tendencia a dicha adicción, con poca consciencia en cuanto a autopercebirse como adictos y con una creencia a que el uso que hacen de las redes sociales no les crea ningún problema o no implica ningún riesgo. Aunque, difieren con Jasso et al. (2018), quienes encuentran una alta relación entre el uso problemático del móvil con la adicción a las redes sociales.

Por otra parte, se observa una alta tasa de tiempo destinado al uso del teléfono móvil, una vez que se observa un promedio de 6 horas de uso diario y que en el 25% de ellos supera las 7.5 horas, coincidiendo con los hallazgos de Dorantes & Reyes (2021) y de Bueno et al. (2024) en los cuales los tiempos alcanzan de 4 a 6 horas continuas o superan las 5 horas al día respectivamente.

En lo que corresponde a la dependencia al teléfono móvil, el presente estudio encuentra al nivel moderado como el más alto, resultando en un 51% y encontrando cierta similitud con los resultados de Cuadrado & Mejía (2022), Castillo et al. (2021) y Castillo et al. (2022), quienes señalan al mismo nivel moderado como el más alto con 68.7%, 66.5% y 59.4% en forma respectiva. Considerando, además, que el 23% observado en este estudio para el nivel alto, se acerca también al reportado por Castillo et al. (2022) de 22.6% en esa categoría.

Referencias

- Asociación de Internet MX. (2024). *20° Estudio sobre los hábitos de usuarios de internet en México 2024*. https://irp.cdn-website.com/81280eda/files/uploaded/20_Habitos_de_Usuarios_de_Internet_en_Mexico_2024_VP.pdf
- Bernal, C., Rosa, A., & Rosa A. I. (2021). Uso problemático de internet e impacto negativo de whatsapp en universitarios españoles: las emociones negativas como factor de riesgo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 29(2). 297-311. <https://doi.org/10.51668/bp.8321205s>
- Bueno, C., Pérez, E., & Delgado, J. (2024). Smartphone addiction, anxiety, depression and stress in Mexican nursing students

- [Adicción al celular, ansiedad, depresión y estrés en estudiantes mexicanos de enfermería]. *Revista Cuidarte* 15(3): e3814. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3814>
- Cabero, J., Pérez, J., & Valencia, R. (2020). Escala para medir la adicción de estudiantes a las redes sociales. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales* 27. e11834. <https://doi.org/10.29101/crcs.v27i83.11834>
- Cano, M., Castaño, D., Montoya, D., & Restrepo, I., (2023). Redes sociales, adicción al internet y su relación con la modificación de la atención sostenida en estudiantes del Tecnológico de Antioquia. En Cano, M. (Comp.). *Redes sociales Atrapamiento o conexión emocional*. Editorial SEDUNAC Corporación Universitaria Adventista (pp. 105-118). <https://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1218/LIBRO%20Redes%20Sociales%20Atrapamiento%20o%20Conexi%C3%B3n%20Emocional.pdf?sequence=3&isAllowed=y#page=105>
- Castillo, M., Tenezaca, J., & Mazón, J. (2021). Dependencia al dispositivo móvil e impulsividad en estudiantes universitarios de Riobamba-Ecuador. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 59-68. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.07>
- Castillo, M., Cando, R., Tenezaca, J., & Mazón, J. (2022). Dependencia al dispositivo móvil y problemas en la conducta social y control emocional en universitarios. *Revista Ecuatoriana De Psicología*, 5(11), 43-53. <https://doi.org/10.33996/rep.v5i11.70>
- Chóliz, M., Pinto, L., Phansalkar, S., Corr, E., Mujjahid, A., Flores, C. & Barrientos, P. (2016) Development of a Brief Multicultural Version of the Test of Mobile Phone Dependence (TMDbrief) Questionnaire. *Front. Psychol.* 7:650. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00650>
- Cuadrado, M., & Mejía, A. (2022). Rasgos de personalidad y dependencia al teléfono móvil en estudiantes universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10802-10819. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4167
- Dorantes, J., & Reyes, Y. (2021). El uso y dependencia al teléfono celular en estudiantes de licenciatura. *Interconectando Saberes*, (11). <https://doi.org/10.25009/is.v0i11.2669>
- Esparza, O., Quiñonez, J., & Montañez, P. (2017). Relación entre variables: dos cuantitativas (Correlación de Pearson). En González, F., Escoto, M., & Chávez, J. *Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la salud*. Manual Moderno. <https://www.>

- academia.edu/37886939/Estad%C3%ADstica_aplicada_en_Psicolog%C3%ADa_y_Ciencias_de_la_salud_Spanish_Edition
- Gamero, K., Conni, F., Arias, W., Ceballos, K., Román, A., & Máquina, E. (2016). Estandarización del Test de Dependencia al Celular para estudiantes universitarios de Arequipa. *Persona. Revista de la Facultad de Psicología* 19. 179-200. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112764>
- Goss (2024). *Statistical Analysis in JASP. A guide for students. [Análisis estadístico en JASP. Una guía para los estudiantes]*. JASP. <https://jasp-stats.org/wp-content/uploads/2024/03/Statistical-Analysis-in-JASP-2024.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación. Sexta edición*. McGraw-Hill / Interamericana editores, S.A. de C.V.
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es
- Jasso, J., López, F., & Díaz, R. (2018). Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil. *Acta De Investigación Psicológica*, 7(3), 2833 - 2838. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.001>
- López, A. (2024). Aplicación de la Social Media Addiction Scale Student Form a un grupo de estudiantes universitarios. *Centro de Investigación Educativa – CIEDUAIP*, 58 – 62. <https://repositorio.ciedupanama.org/handle/123456789/405>
- Morales, M., Valle, M., Benítez, B., & López, J. (2021). Dependencia al móvil y consumo de sustancias en estudiantes de enfermería / Mobile dependence and substance use in nursing students). *Notas enferm. (Córdoba)* 21(38): 4-11. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/35408/35559>
- Roque, R., Salazar, R., & López, A. (2024). Diferencias de género en el uso de teléfonos inteligentes: un estudio cuantitativo entre universitarios mexicanos. *EDUCAR*, 60(2), 429–445. <https://doi.org/10.5565/rev/educar.1991>
- Ruíz, J., Sánchez, E., Gómez, M., & Sánchez, E. (2019). Future Teachers' Smartphone Uses and Dependence [Usos y dependencia de los teléfonos inteligentes de los futuros maestros]. *Educ. Sci.* 9(3), 194. <https://doi.org/10.3390/educsci9030194>

- Şahin, C. (2018). Social Media Addiction Scale - Student Form: the reliability and validity study [Escala de Adicción a las Redes Sociales – Forma de estudiante: El estudio de confiabilidad y validez]. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 17(1). 169 – 182.
- Sánchez, A., Sánchez, F., & Ruiz, D. (2024). Factores de riesgo en el uso del teléfono móvil y de las redes sociales en los estudiantes universitarios. *Doxa Comunicación*, 38. 19-39. <https://doi.org/10.31921/doxacom.n38a1959>
- Valencia, R., Cabero, J., & Garay, U. (2021). Adicción a las redes sociales en estudiantes mexicanos: percepciones de discentes y docentes. *Tecnología, Ciencia y Educación*, 19, 103-122. <https://doi.org/10.51302/tce.2021.616>
- Valencia, R., Garay, U., & Cabero, J. (2023). Uso problemático de las redes sociales: el caso de estudiantes mexicanos. *Alteridad*, 18(1), 23-33. <https://doi.org/10.17163/alt.v18n1.2023.02>
- Villavicencio, L. Vasco, M. Andrade, A., & Huamán, E. (2025). Trastorno de adicción al internet asociado a la composición corporal en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú en la Sierra Central de Perú. *Nutr Clín Diet Hosp*. 45(1):86-95. <https://doi.org/10.12873/451human>
- World Medical Association [Asociación Médica Mundial] (WMA, 31 de diciembre de 2024). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Capítulo 19. Relación entre rutinas familiares, funcionalidad familiar, apoyo y percepción del integrante con diabetes tipo II

MARÍA ISABEL TLACZANI CONDE
MARICARMEN MORENO TOCHIHUITL
CARMEN CRUZ RIVERA
RAYO CRUZ RIVERA

Introducción

La Diabetes Tipo 2 (Dt2) representa una de las principales amenazas para la salud pública global, concentrando al rededor del 90% de los casos de diabetes y afectando mayormente a adultos en edad productiva, quienes suelen ser el principal sustento económico del hogar (OMS, 2019; FID, 2019). En países de ingresos medios y bajos, como México, sus efectos se agravan al comprometer tanto la salud individual como la estabilidad familiar (OMS, 2022; Ruvalcaba-Ledezma et al., 2020). En México, se estima que el 10.32% de la población adulta vive con Dt2, presentando complicaciones graves como ceguera, insuficiencia renal o amputaciones (ENSANUT, 2022; INEGI, 2020), en un contexto donde más del 60% de la población está en edad adulta (CONAPO, 2022) y donde, en promedio, 2.2 personas por hogar aportan ingresos (INEGI, 2022).

El manejo de la Dt2 requiere un enfoque integral que trascienda la atención médica e incluya activamente a la familia. La literatura señala que el apoyo familiar, las rutinas saludables y la funcionalidad del hogar son elementos clave para el control glucémico y la calidad de vida del paciente con Diabetes tipo 2 (FID, 2019; García et al., 2019; Campoverde y Muro, 2021). El apoyo familiar ha sido identificado como un factor protector que influye positivamente en la adherencia al tratamiento, la automotivación y la contención emocional del paciente, especialmente en contextos donde el seguimiento médico requiere de modificaciones sostenidas en la vida cotidiana González y Chamorro, (2020).

Por su parte, las rutinas saludables, tales como una alimentación equilibrada, actividad física regular y monitoreo constante de la glucemia, representan hábitos diarios que deben ser interiorizados no solo por la persona con Dt2, sino por el entorno inmediato que refuerza o dificulta su cumplimiento Campoverde y Muro, (2021).

Asimismo, la funcionalidad familiar, entendida como la capacidad del sistema familiar para comunicarse, resolver problemas, distribuir roles y adaptarse a nuevas demandas, permite que los cambios que exige la enfermedad se integren de forma armónica en la dinámica del hogar, minimizando el estrés y favoreciendo el autocuidado del integrante enfermo (García et al., 2019; Pérez y Andrade, 2018).

Sin embargo, gran parte de las investigaciones se han enfocado en el análisis aislado de estas variables o en estudios centrados en días familiares, particularmente la relación paciente-cuidador principal, sin considerar una visión sistémica del entorno familiar que reconozca cómo la interacción entre todos los miembros de la familia influye en la percepción de salud y en las decisiones de autocuidado del integrante con Dt2 Gonzales y Chamorro, (2020). Esta limitación metodológica resalta la necesidad de estudios integrales que aborden la experiencia del paciente dentro del entramado familiar como unidad dinámica y compleja.

En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental como enlace entre el paciente, su familia y el sistema de salud, promoviendo la educación, el autocuidado y la corresponsabilidad familiar. Su intervención favorece la adherencia terapéutica, la identificación de factores de riesgo y la construcción de entornos familiares más saludables.

Reconociendo que el adulto con Dt2 cumple frecuentemente un rol central en el sostenimiento emocional, económico y estructural del hogar, resulta prioritario comprender cómo los procesos familiares influyen en su percepción de salud. Por ello, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre las rutinas familiares, la funcionalidad del hogar y el apoyo percibido con la percepción de salud del integrante con Dt2, desde una mirada integral del sistema familiar.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal en el municipio de Santa Isabel Cholula, Puebla, con familias que tuvieran al menos un integrante adulto con Dt2.

La población de estudio estuvo compuesta por familias, el cálculo de la muestra se realizó utilizando la fórmula para poblaciones finitas, considerando los siguientes parámetros: una población total estimada de 8040 personas (N), una probabilidad de ocurrencia del fenómeno de estudio del 50% ($p=0.5$), un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), y un margen de error del 2.58% ($e=0.0258$), lo cual arrojó un tamaño de muestra de $n=162$ personas (45 familias) a participar en el estudio. Para prevenir posibles pérdidas o no respuestas, se incorporó un 10% adicional, ajustando la muestra final a 49 familias Polit y Beck, (2018).

Los criterios que guiaron la selección de los participantes fueron incluir a familias que tuvieran al menos un integrante adulto con diagnóstico médico de Dt2 con un mínimo de dos miembros convivientes, mayores de 18 y menores de 60 años que hubieran compartido el mismo domicilio durante al menos un año.

Se excluyeron aquellas familias cuyos integrantes presentaran complicaciones severas derivadas de la Dt2, o que no compartieran la misma residencia habitual. Finalmente, se eliminaron del estudio las familias que, abandonaron voluntariamente su participación o cambiaron de domicilio.

El proyecto fue aprobado por los Comités de Investigación y Bioética, así como por la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la BUAP, con el número de registro: SIEP/BIO/INV/135/2023. Se solicitó autorización a las autoridades de Santa Isabel Cholula mediante una carta que expuso el objetivo del estudio y la solicitud para aplicar la prueba. Se realizó la sectorización del territorio, identificando Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) para planificar la muestra, Secretaría de Salud, (2014).

Durante las visitas domiciliarias, se presentó al investigador principal, se explicó el estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado a los participantes. La recolección de datos se programó conforme a la disponibilidad familiar, con entrevistas de 40 a 50 minutos. Los gastos generados fueron cubiertos por el investigador.

Para la recolección de datos, se solicitó un espacio adecuado para la aplicación de los instrumentos en el orden descrito: Cédula Sociodemográfica, la cual consta de tres apartados, el primero está dirigido a identificar componentes de la familia como: tipo de familia, número de integrantes, religión que profesan y la etapa del ciclo vital familiar en la que se encuentran. La Escala de Rutinas de Salud Familiar (TFHR), valora los patrones de la conducta adaptados a las necesidades del integrante con Dt2 y su familia mediante seis subescalas sobre: autocuida-

do, seguridad y prevención, salud mental, cuidado familiar, rutinas de agencia de cuidado y cuidado de la enfermedad. Está integrado con 70 reactivos, con respuesta en formato de tipo Likert, el instrumento ha sido utilizado en población mexicana reportando un alfa de Cronbach de 0.81.

En seguida se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar (EE-FF24), la cual permite medir la salud familiar a través de cuatro dimensiones del proceso familiar: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, individuación y coherencia. Posteriormente el Cuestionario de Salud SF-12, dicho instrumento proporciona un perfil del estado de salud provenientes de 8 dimensiones: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y autocuidado de la salud.

Finalmente, la Escala de Soporte Social de Berlín (BSSS), el cual mide las acciones de apoyo social familiar otorgado y percibido mediante seis subescalas: soporte social percibido, apoyo emocional, apoyo instrumental, necesidad de soporte, búsqueda de soporte, soporte social brindado, y amortiguación-protección.

La aplicación se realizó en hasta tres visitas domiciliarias para evitar saturación. Se garantizó el anonimato de los participantes mediante números de folio y resguardo seguro de los datos, accesibles solo para el investigador y el director de tesis. Al concluir, se agradeció la colaboración.

El análisis de los datos se realizó mediante el software SPSS versión 26. Se aplicó estadística descriptiva. La normalidad de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Al obtener un valor de $p < .05$, se determinó que las variables no seguían una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas (correlación de Spearman).

Resultados

La muestra estuvo conformada por 49 familias ($n=163$), predominando las de tipo nuclear (49.7%) y con 2 a 3 integrantes (50.9%). La mayoría se encontraba en la etapa de “plataforma de despegue” (57.7%) y profesaba la religión católica (41.7%). Los participantes índices (PI) fueron en su mayoría mujeres (53.1%), entre 46 y 55 años, casados (59.2%), con estudios de nivel correspondiente al bachillerato (30.6%) y dedicados principalmente al comercio (26.5%), o, actividades profesionales (20.4%). La mitad llevaba entre 1 y 10 años con diagnóstico

de Dt2, el 57.1% presentó control glucémico y el tratamiento más común fue la metformina (42.9%). En los familiares convivientes predominaron las mujeres (56.1%) de entre 18 y 23 años, casados (48.4%), con nivel educativo básico (primaria o secundaria) y ocupaciones como estudiantes (29.8%) y empleados (28.1%), con más de 16 años de convivencia con el PI en más de la mitad de los casos.

Los resultados del estudio mostraron relaciones importantes entre las variables analizadas. Se identificó una correlación positiva media entre las rutinas familiares saludables y la percepción de salud del PI ($r = .452$, $p < .001$), así como una correlación positiva alta entre el apoyo familiar percibido y el apoyo otorgado ($r = .789$, $p < .001$) y también se observó una asociación significativa con la funcionalidad familiar ($r = .600$, $p < .001$) lo que refuerza la importancia del entorno familiar en el manejo de la Dt2.

Discusión

Los hallazgos del estudio refuerzan la importancia del entorno familiar en la salud de personas con Dt2 y la magnitud del problema en México, la mayoría de los participantes identificados en el estudio fueron mujeres con un nivel educativo de nivel medio superior, lo cual concuerda con lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2022), donde indica que este grupo es particularmente susceptible a padecer esta enfermedad; sin embargo, es preciso indagar sobre los siguientes factores de riesgo: genéticos, estilos de vida y hormonales para precisar que este grupo específico tenga mayor riesgo de padecer la enfermedad; dentro de los resultados se identificó que en su mayoría pertenecen a familias de tipo nuclear, conformadas de 2 a 3 integrantes conservando un patrón de familias tradicionales en cuanto a su estructura, lo cual es consistente a nivel nacional, ubicadas en una etapa de plataforma de despegue, lo que sugiere que la dinámica familiar tiene un impacto significativo en los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el desarrollo de síntomas y el manejo de la Dt2, la etapa de despegue en la que los hijos comienzan a independizarse, es cuando los padres enfrentan cambios emocionales como ansiedad, tristeza lo que afecta de manera negativa la salud mental y física, pero también puede ser un área de oportunidad para atenderse a sí mismos, esta perspectiva respaldada por Toledo y Yung, (2022), quienes destacan la influencia de la etapa del ciclo vital en la gestión de enfermedades crónicas, pues el tipo de rutinas que se desarrollan

en cada etapa del ciclo vital genera patrones de conducta que pueden acentuar cambios positivos o negativos en los estilos de vida en cada uno de los integrantes.

En cuanto al tiempo de diagnóstico los datos indican que la mayoría de los PI tenían una década de experimentar la enfermedad y más del 49 por ciento refirió tener un tratamiento hipoglucemiante oral solamente, sin embargo, solo el 50% reflejó un control glucémico, estos hallazgos concuerdan con lo reportado por González y Ramírez, (2021), quienes encontraron que las personas con más de 10 años de evolución tenían nivel de HbA1c más elevados. En contraste, Melo-Polo et al. (2021), no encontraron diferencias significativas en pacientes que usaban metformina por más de cinco años, lo que sugiere que la respuesta al tratamiento oral puede variar según factores individuales.

Este estudio busca explorar la relación entre las rutinas familiares saludables y la percepción de salud en los PI, los resultados sugieren que quienes reportan prácticas saludables como la alimentación, cuidados emocionales por parte del resto de los integrantes y horarios regulares destinados al descanso, tienden a percibirse con mejor estado de salud física y emocional.

Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Ramírez-Girón, Valles-Medina, Trujillo-Olivera, y García-Solano (2022), quienes encontraron que las familias que participan de forma activa en las rutinas de autocuidado del paciente favorecen una mejor adherencia al tratamiento y logran una adecuada percepción de salud. Por lo tanto, las rutinas familiares no solo proporcionan una estructura diaria, también potencian el sistema de apoyo que refuerza comportamientos de autocuidado, es decir, una familia que promueve hábitos saludables en dimensiones como la alimentación, ejercicio y descanso facilita el cumplimiento del tratamiento, lo que puede mejorar la percepción subjetiva de la salud García, Rodríguez y Garibo. (2017).

Los resultados del presente estudio también reflejan que existe una estrecha relación entre el apoyo familiar percibido y otorgado, con las rutinas familiares, en general, los participantes que reportaron recibir un mayor nivel de apoyo familiar, especialmente en aspectos emocionales e instrumentales, describieron también rutinas familiares más organizadas y orientadas al cuidado de la salud. Este hallazgo coincide con lo propuesto por autores como Viteri, Briones, Bajaña y Aroni. (2019), quienes diferencian entre el apoyo percibido como aquella sensación de sentirse respaldado, y el apoyo otorgado, que alude a las

acciones concretas de ayuda, ambos tienen un efecto positivo para el desarrollo de rutinas saludables en aspectos específicos para el manejo de la enfermedad, como: planificación de comidas, realizar actividad física en conjunto y promover el recordatorio de toma de medicamentos o seguimiento del control glucémico. No obstante, cuando el apoyo otorgado no es congruente con lo que el integrante con Dt2 percibe como necesario, puede generar tensiones en las relaciones familiares o sentimientos de aislamiento, lo que afecta negativamente el desarrollo de las rutinas.

Finalmente los hallazgos muestran como la funcionalidad familiar está vinculada con el apoyo familiar, un nivel de funcionamiento adecuado implica comunicación efectiva, cohesión y una mejor capacidad de resolución de problemas, dichos elementos son esenciales para brindar apoyo emocional e instrumental, facilitando de esta manera el automanejo de la enfermedad, lo anterior es reportado por Campoverde y Muro (2021), subrayando el papel crucial de la dinámica familiar en el manejo de la Dt2. Por el contrario, niveles de funcionalidad disminuida, es caracterizada por falta de comunicación, conflictos persistentes, sobreprotección o control excesivo, puede generar tensiones y afectar de manera negativa la autonomía del PI, dificultando el desarrollo de un sentido de responsabilidad sobre su salud.

Conclusiones

El presente estudio evidenció que las rutinas familiares saludables están significativamente relacionadas con una mejor percepción de salud en personas con Dt2, destacando su papel como proceso clave del sistema familiar. Las rutinas estables relacionadas con la alimentación saludable, la actividad física y el seguimiento médico favorecen una mayor adherencia al tratamiento, cuando estas rutinas son compartida y apoyadas por una familia funcional caracterizada por una buena comunicación, roles definidos y cohesión se reflejan un entorno favorable que puede potenciar el automanejo de la enfermedad, por el contrario una familia disfuncional o con rutinas desorganizadas puede representar un obstáculo en el tratamiento.

El estudio ha proporcionado información valiosa sobre la influencia de las rutinas familiares, el apoyo familiar, la funcionalidad familiar y la percepción de salud en personas con Dt2. Estos resultados destacan la complejidad del manejo de la Dt2 y sugieren que otros factores individuales y contextuales también deben ser considerados.

Los hallazgos también destacan la relevancia del apoyo familiar como componente dinámico y bidireccional, que influye directamente en la estructuración de las rutinas familiares saludables o desorganizadas en adultos con Dt2, se recomienda que los programas de intervención no solo estén dirigidos al PI, también es importante incorporar activamente a los miembros de la familia como agentes corresponsables del proceso de autocuidado, promover la educación conjunta, la comunicación efectiva y la organización del entorno cotidiano.

De esta manera podemos concluir que el objetivo de la investigación sobre la relación entre las rutinas familiares, la funcionalidad del hogar y el apoyo percibido con la percepción de salud del integrante con Dt2, son factores importantes que favorecen el autocuidado, de esta forma los pacientes se sienten acompañados, motivados, y tienden a involucrarse más activamente en el cumplimiento de las rutinas relacionadas con el automanejo de la enfermedad, pues experimentan un entorno familiar diferente, focalizar nuestra atención en los procesos familiares permite comprender desde una mirada integral como abordar la complejidad del padecimiento donde la familia actúa como un microsistema para fomentar hábitos de salud, el entorno familiar no solo condiciona las posibilidades materiales del autocuidado, sino también la percepción del control que tiene la persona que padece la enfermedad.

Limitaciones

Algunas limitaciones que influyeron en esta investigación estuvieron relacionadas con el tamaño y composición de la muestra, la cual podría ser no representativa de la población en general de pacientes con Dt2, pues se incluyó un número limitado de participantes y posiblemente con características sociodemográficas específicas, tales como la edad, área geográfica determinada, beneficiarios de una institución de salud de primer nivel de atención, entre otros.

Es importante considerar que el tiempo propuesto para la recolección de datos fue limitado lo cual pudo afectar la amplitud para obtener mayor cantidad de datos y con ello también se dificultó el acercamiento con las familias y sus integrantes con Dt2, por lo tanto, se sigue que en futuras investigaciones se considere una capacitación previa sobre como abordar el trabajo en campo con las familias, la visita domiciliaria, sectorización y entrevista en campo, para poder recopilar datos y analizarlos de forma más efectiva.

Es destacable considerar que el trabajo con familias en sus hogares puedes estar determinada por rutinas, costumbres o religión, por lo tanto, el trabajo en campo debe ser flexible en cuanto a los tiempos que destinen para aceptar las visitas en el domicilio, así como destinar un espacio al interior de la vivienda para proteger la información que puede ser confidencial o privada, de tal forma que no afecte la armonía familiar, o la participación de otro integrante de la familia que pueda alterar las respuestas.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos del estudio reflejan valiosos conocimientos sobre la influencia de las rutinas familiares, el apoyo familiar y la funcionalidad familiar, es importante tomar en cuenta las limitaciones expuestas para guiar futuras investigaciones y proporcionar una comprensión más completa del impacto del entorno familiar y la percepción de la salud de los adultos con Dt2.

Recomendaciones

A continuación, se presentan una serie de recomendaciones orientadas a promover futuras líneas de investigación, con el fin de entender de una manera sistemática el proceso de las enfermedades crónicas y su impacto en la familia.

Se sugiere ampliar el tamaño y diversidad de la muestra para aumentar la representatividad de los resultados, esto podría implicar la inclusión de participantes de diferentes regiones geográficas, contextos culturales y niveles socioeconómicos para identificar de una manera general las dinámicas familiares y su impacto en la diabetes. Considerar adecuar estrategias a diferentes contextos culturales y regionales para mejorar la efectividad y aceptación de futuros proyectos orientadas al manejo de la Dt2 y el abordaje familiar.

Promover la educación y capacitación familiar una vez obtenidos los datos como parte de los beneficios que reciben los participantes en la investigación, los cuales ofrezcan herramientas para fortalecer el cuidado en el hogar con temas relacionadas a la alimentación saludable, actividad física, identificación, el manejo de signos y síntomas de riesgo, así como la monitorización de los niveles glucémicos.

Dichas recomendaciones permitirán superar las limitaciones identificadas y mejorar proyectos de investigación en un futuro, en primer lugar desde una perspectiva en las prácticas clínicas relacionadas con el manejo de la Dt2, en aspectos relacionados con el monitoreo de glucosa al identificar patrones y realizar ajustes en el tratamiento y se-

guir el tratamiento prescrito por los profesionales del área de la salud, mantener un control del peso para regular los niveles de glucosa en sangre y mejorar la salud en general. En segundo momento considerar el contexto familiar con temas que les permitan brindar de una manera mas efectiva el apoyo emocional para disminuir el estrés y la ansiedad que conlleva a experimentar la enfermedad, seguido del componente educativo, lo cual puede ayudar a la familia a apoyar en aspectos instrumentales en el cuidado del integrante con Dt2 de manera efectiva y promover en conjunto la planificación de comunidades saludables y equilibradas, así como la actividad física en familia lo cual puede promover lazos afectivos que aminoren los sentimientos de ansiedad o incertidumbre ante los cambios que enfrentan los pacientes y comprometerlos de forma positiva en rutinas que se ajusten a un estilo de vida saludable.

Referencias

- Campoverde Villanueva, F. M., & Muro Exebio, I. del R. (2021). Funcionalidad familiar y autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Policlínico Manuel Manrique Nevado, Chiclayo 2019. ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería, 8(2), 32-44. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.633>
- Consejo Nacional de Población. (2022). Datos demográficos y de salud de México. <https://www.conapo.gob.mx>
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares [ENIGH], (2022). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENIGH/ENIGH2022.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). IDF Diabetes Atlas: 9th edition. International Diabetes Federation. <https://www.diabetesatlas.org>
- García, M., Moreno, T., Ramos, V., Ortiz, R., García, C., Pérez, J., & Cruz, R. (2022). La salud familiar y su percepción por los integrantes de la familia. International Journal of Health Science, 2, 2-6. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1592502229081>
- García, M., Rodríguez, P., y Garibo, P. (2017). Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con DT2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. Atención Familiar, 25(1), 12-29. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.1.62926>

- González, M., y Chamorro, P. (2020). Relación entre el apoyo familiar y el control de la glucemia en pacientes diabéticos Tipo II. *Journal of Family Health*, 12(3), 284-290.
- Gonzalez, M., y Ramirez, A. (2021). La contribución de la enfermería en el cuidado de la Diabetes Tipo 2. *Nursing Studies Review*, 10(3), 98-110.
- How to score version 2 of the SF-12 Health Survey (2002). QualityMetric, Inc. <https://doi.org/10.1234/nsr.2021.01003>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). <https://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes, datos nacionales.
- Melo-Polo, M. A., Guapacha-Ramirez, J. A. ., Rincón-Betancur, A. C., Hincapié Cordoba, D. A. ., Giraldo González, G. C. ., de la Portilla Maya, D. A. ., & Chacón Cardona, J. A. . (2021). Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus de una consulta especializada en Manizales. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 8(1). <https://doi.org/10.53853/encr.8.1.664>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Diabetes: Informe global sobre la epidemia de diabetes. <https://www.who.int/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Panorama de la diabetes en la Región de las Américas. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275326336>
- Polit, D. F., y Beck, C. T. (2018). Investigación en enfermería: Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería (9ª ed.). Wolters Kluwer.
- Ramírez-Girón, N., Valles-Medina, A. M., Trujillo-Olivera, L. E., y García-Solano, B. (2020). Efecto del contexto, rutinas y funcionamiento en la salud de familias mexicanas con diabetes tipo 2. *Ciencia y Enfermería*, 26. <https://doi.org/10.29393/CE26-10ECNA40010>
- Ruvalcaba-Ledezma, J. C., Reynoso-Vázquez, J., Hernández-Rivero, E., Martínez-Villamil, M., Zamudio-López, J. L., Islas-Vega, I., Pelcastre-Neri, A., & Garnica-Guerrero, B. (2020). La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes

- con diabetes mellitus tipo 2. Hospital a Domicilio, 4(4), 199–207. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>
- Secretaría de Salud. (2014). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.
- Toledo, C., Yung, G. (2022). Viviendo con diabetes tipo 2: descubriendo los significados que la familia construye en torno a la enfermedad crónica. *MLS Psychology Research*, 5(1), 81-99. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v5i1.805>
- Viteri. C., Briones A, Bajaña Murillo., y Aroni Caicedo. (2019). Funcionalidad familiar y apoyo social percibido. Abordaje desde la intervención comunitaria en Ecuador. *Revista Venezolana De Gerencia*, 24(88), 1249-1261. <https://doi.org/10.37960/revista.v24i88.30177>

Capítulo 20. Relación de estereotipos negativos del envejecimiento y calidad de vida de la persona mayor

ITZEL SARAHÍ SIERRA ROJAS
MARISSA MICHELLE DÍAZ DÁVILA
VERÓNICA GUAJARDO BALDERAS
MA. DE LOS ÁNGELES ALATORRE ESQUIVEL

Introducción

A consecuencia de una transición demográfica acelerada, el envejecimiento de la población se ha situado como el principal fenómeno demográfico de la actualidad en la región de América Latina y el Caribe. La tendencia indica que la proporción de personas mayores (PM) seguirá en aumento en los próximos años. Según las proyecciones más recientes de las Naciones Unidas, las personas de 60 años y más suman actualmente alrededor de 85 millones y representan el 13% de la población total de la región. Las estimaciones indican que en 2050 este grupo alcanzará los 190 millones de personas y representará el 25% de la población regional (González, D., Sosa, Z., & Reboiras, L., 2021).

Debido a lo descrito anteriormente, el fenómeno del envejecimiento poblacional se ha convertido en un serio desafío económico, social y sanitario, además, esto ha generado un aumento de personas en proceso de envejecimiento que viven en condiciones de pobreza, rechazo y desigualdad. Como consecuencia, la población más joven puede percibir la vejez como una etapa que conlleva pérdidas y déficits, que contribuyen a que la sociedad perciba a las PM como una carga. Los pensamientos negativos acerca de la etapa de vejez pueden ocasionar que dicha fase de la vida sea rechazada, forjando actitudes de exclusión, segregación y marginación en contra de este grupo etario (Escutar Cueva & Zambrano., 2021).

Es entonces que resulta necesario describir el fenómeno llamado “edadismo”, el cual se refiere a la discriminación basada en la edad y da lugar a pensamientos, conductas y situaciones en las que las personas reciben un trato peor o diferente por el hecho de ser mayores. Dentro

de la representación social de la PM se encuentra la idea de aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar económicamente a la sociedad y la familia (López, L., Navarro, M., González & Cárdenas, G., 2023).

Existen diversas repercusiones de dichos estereotipos negativos ya que no solo afectan la percepción social de las personas mayores, sino que posiblemente también influyen en su calidad de vida. Esto se ha demostrado a través de algunas investigaciones que evidencian la internalización de estereotipos negativos sobre la vejez asociados con una disminución en la calidad de vida de los adultos mayores afectando su autoestima, salud física y salud mental (Sánchez, R., & Lazo, M., 2021).

No solo afecta la percepción de la sociedad hacia el envejecimiento sino también el propio pensamiento de las PM hacia la vejez. La auto-estigmatización, se produce cuando la población le atribuye creencias negativas y cuando la misma persona mayor a su vez, respalda y asume dichas creencias. Los autores sugieren, que identificar la autoestigmatización en forma temprana, puede reducir el estigma y la adaptación a los cambios propios de la edad (David et al., 2018). Lo anterior con la finalidad de promover actividades positivas, evitar el deterioro acelerado de la salud, pero sobre todo mantener una calidad de vida aceptable.

Ahora bien, la calidad de vida se explica como una condición de vida, sensación de utilidad, forma de actuar y realizar labores con eficacia y, sin duda alguna estas características son ejecutadas en las edades fructíferas tales como la infancia, la adolescencia, y especialmente la adultez, se piensa que consecuentemente al llegar a la vejez este tipo de bienestar decae. En este sentido, los adultos mayores perciben la calidad de vida por medio de ideales, afectos y conductas con relación a sí mismo, el vínculo con los demás, contexto social y estado físico (Méndez-Chávez, et al., 2023).

De modo que la importancia de conocer la calidad la vida de las personas mayores radica en la aplicación de tres principales objetivos, el primero, servir como marco de referencia para la prestación de servicios. Segundo, como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia. Y tercero, como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad de vida (Verdugo et al., 2009).

El propósito de esta investigación es describir la relación de la calidad de vida y los estereotipos negativos que tienen las PM sobre la propia vejez, identificando tanto los efectos positivos como negativos de estas creencias en la calidad de vida percibida. Asimismo, bus-

ca generar conocimientos que puedan aplicarse en intervenciones de enfermería con el fin de mejorar la percepción del envejecimiento y promover el bienestar en esta población.

Objetivos

- Describir la percepción de estereotipos negativos del envejecimiento en PM.
- Comparar la percepción de estereotipos negativos del envejecimiento de acuerdo con el sexo.
- Comparar la percepción de estereotipos negativos del envejecimiento de acuerdo con rango de edad: PM jóvenes (60 a 74 años) y PM longevas (75 a 90 años).
- Describir la calidad de vida de las PM.
- Determinar la relación de la percepción de estereotipos negativos del envejecimiento y la calidad de vida de PM.

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal, en personas mayores de 60 años o más, de la localidad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. Los participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 1) orientados en tiempo, espacio y persona (verificado a través de preguntas: nombre, fecha y lugar en el que se encuentra); 2) cualquier nivel educativo o sin escolaridad; 3) con o sin discapacidad física o motora (parálisis, amputaciones, lesiones medulares, enfermedades neuromusculares, fracturas). Se excluyeron PM con: 1) trastornos neurológicos avanzados (enfermedad de Alzheimer); 2) problemas auditivos que impidieran la recolección de la información.

La muestra se conformó por 131 participantes, con una edad entre 60 y 87 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia a través de invitación abierta en lugares públicos (iglesias, gimnasios, instituciones de salud, plazas). Se abordó a los participantes potenciales en diferentes puntos de mayor afluencia como entradas y sitios de reunión. Se invitó a las PM a participar en el estudio, aquellas que accedieron a participar de manera voluntaria fueron evaluadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se brindó un consentimiento informado y a las PM que cumplieron con los criterios se les aplicó una cédula de datos sociodemográficos y dos instrumentos de evaluación.

Para evaluar los estereotipos negativos del envejecimiento se utilizó el Cuestionario de estereotipos negativos de la vejez (Blanca, Sánchez & Torres, 2005). Este cuestionario consta de 15 ítems que evalúa tres dimensiones de estereotipos de la vejez: salud (ítems 1,4,7,10 y 13), área motivacional-social (ítems 2,5,8,11 y 12) y personalidad-carácter (ítems 3,6,9,14 y 15). Cuenta con cuatro opciones de respuesta que van desde: muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (4). La puntuación del cuestionario oscila de 5 a 20 puntos por cada dimensión, con una puntuación mínima de cero y máxima de 60 puntos, donde puntuaciones altas representan un mayor nivel de estereotipos negativos.

Puntuaciones globales de 15 a 28 puntos indican muy bajo nivel de estereotipos; de 29 a 39 bajo nivel de estereotipos; de 40 a 50 alto nivel y de 51 a 60 muy alto nivel. Para las subescalas, puntuaciones de 5 a 12 puntos indican un bajo nivel de estereotipos; y de 12.5 a 20 alto nivel de estereotipos. Este cuestionario ha presentado una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.67, 0.64 y 0.66 para las dimensiones de salud, motivacional-social y carácter-personalidad, respectivamente y una correlación mayor a 0.30 (González-Salas, Juárez-Hernández & Gámez-Mier, 2022).

Para evaluar la calidad de vida percibida se utilizó la Escala de calidad de vida GENCAT (Verdugo & Scharlock, 2003). Esta escala consta de 69 ítems divididos en 8 dimensiones que constituyen el concepto de calidad de vida: bienestar emocional (BE), bienestar físico (BF), bienestar material (BM), relaciones interpersonales (RI), inclusión social (IS), desarrollo personal (DP), autodeterminación (AU) y derechos (DR).

Las dimensión de bienestar emocional (8 ítems) evalúa la satisfacción y autoconcepto; bienestar físico (8 ítems) considera aspectos de atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria y alimentación; bienestar material (8 ítems) se centra en la vivienda, lugar de trabajo, salarios y ahorros; relaciones interpersonales (10 ítems) analiza las relaciones sociales, familiares, de pareja, sexualidad y contactos sociales positivos; inclusión social (8 ítems) valora la integración, participación, accesibilidad y apoyos; desarrollo personal (8 ítems) incluye las capacidades, acceso a tecnologías, aprendizaje, habilidades de trabajo y funcionales; autodeterminación (9 ítems) evalúa las metas, decisiones y autonomía; derechos (10 ítems) considera la intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

Cuenta con cuatro opciones de respuesta que van desde: nunca o casi nunca (1), hasta siempre o casi siempre (4). Esta escala permite

calcular una puntuación estándar que oscila entre 1 y 20 para cada dimensión, donde puntuaciones menores a 10 indican un percentil de CV menor a 50. Asimismo, permite calcular el Índice de calidad de vida donde puntuaciones menores a 100 indican un percentil de CV menor a 50, de esta manera puntuaciones altas representan un mayor nivel de calidad de vida percibida. Este instrumento ha mostrado coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.96 para la escala total que indica un alto grado de fiabilidad. En la subescala de bienestar emocional ha mostrado un $\alpha = .88$, relaciones interpersonales $\alpha = .72$, bienestar materia $\alpha = .73$, desarrollo personal $\alpha = .81$, bienestar físico $\alpha = .61$, autodeterminación $\alpha = .91$, inclusión social $\alpha = .61$ y derechos $\alpha = .78$ (Verdugo et al., 2003).

Análisis de datos

Para describir las características sociodemográficas de las PM y la experiencia previa de violencia y discriminación percibida se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes.

Para determinar el nivel de estereotipos negativos del envejecimiento se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central. Se describieron los estereotipos negativos del envejecimiento de acuerdo con el sexo y rangos de edad a través de la prueba t de Student de acuerdo con los resultados de distribución de los datos de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors que arrojó una distribución normal de los datos ($p > 0.05$).

Para describir la calidad de vida percibida de las PM se utilizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central.

Para determinar la asociación entre la percepción de estereotipos negativos del envejecimiento y la calidad de vida de las PM se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Aspectos éticos

Se contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo con folio de registro UAT-FENL-CEI-L023. Cada participante leyó y firmó un consentimiento informado.

Resultados

Los resultados corresponden a 83 mujeres (63.4%), y 48 hombres (36.6%), con una media de edad de 68.7 años ($DE=6.44$). El promedio de escolaridad de las PM fue de 11.08 años ($DE=5.71$). El 49.6% ($f=65$) refirió ser casado, el 23.7% ($f=31$) viudo, el 13% ($f=17$) soltero, el 9% ($f=13$) divorciado, y el 3.8% ($f=5$) vivir en unión libre. Con respecto a la ocupación el 35.9% refirió dedicarse al hogar, el 32.8% ($f=43$) ser jubilado y el 31.3% ($f=41$) encontrarse laboralmente activo.

Experiencia previa de violencia y discriminación percibida

Respecto a la experiencia previa de violencia y discriminación de las PM, se encontró que la mayoría refirió no haber sido discriminada o violentada (tabla 1).

Tabla 1. Experiencia previa de violencia y discriminación percibida

	<i>f</i>	%
Discriminación		
Si	23	17.6
No	108	82.4
Violencia		
Si	12	12.2
No	115	87.8

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

Estereotipos negativos del envejecimiento

En la tabla 2, se muestran los resultados de estereotipos negativos del envejecimiento. Se observa que las PM presentaron un alto nivel de estereotipos negativos a nivel global ($= >40$), y en cada una de las tres subescalas ($= >12.5$): salud, motivacional-social y carácter-personalidad. Asimismo, se observa que el 60.3% de las PM presentaron un nivel alto y muy alto de estereotipos negativos del envejecimiento.

Tabla 2. Estereotipos negativos del envejecimiento

	$\bar{X}$	DE
CENVE	42.0	10.0
Salud	14.4	3.7
Motivacional-social	12.7	3.8
Carácter- personalidad	14.8	3.9
	<i>f</i>	%
Nivel de estereotipos negativos		
Muy bajo	13	9.9
Bajo	39	29.8
Alto	46	35.1
Muy Alto	33	25.2

Nota: $\bar{X}$ = media, DE = desviación estándar, *f* = frecuencia, % = porcentaje, CENVE= puntuación global del Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez.

A continuación, se presentan los resultados de los estereotipos negativos del envejecimiento de acuerdo con el sexo de las PM (tabla 3). Se observa que no se encontraron diferencias significativas en el nivel de estereotipos percibido en hombres y mujeres ($p > .05$).

Tabla 3. Diferencia de edadismo por sexo

	$\bar{X}$	DE	<i>t</i>	<i>p</i>
CENVE			0.32	.744
Femenino	41.80	10.46		
Masculino	42.38	9.36		

Nota: $\bar{x}$ = media, DE= desviación estándar, *p*= significancia, *t*= prueba t de Student, CENVE= Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez.

La tabla 4 muestra los resultados obtenidos de la diferencia de los estereotipos negativos del envejecimiento percibidos por rango de edad. Se observan diferencias significativas entre los grupos, donde el grupo de PM longevas tiene una percepción de edadismo más alta en comparación con el grupo de PM jóvenes. También se identificó un alto nivel de estereotipos de salud, motivacional- social y de carácter-personalidad en PM longevas ($p < .05$).

Tabla 4. Edadismo percibido por rango de edad

	PM joven 60 a 74 años (<i>n</i> =109)		PM longeva 75 a 90 años (<i>n</i> =22)		<i>t</i>	<i>p</i>
Edadismo	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE		
CENVE	40.5	9.9	49.3	7	-3.94	0.001

	<i>PM joven</i> 60 a 74 años (n=109)		<i>PM longeva</i> 75 a 90 años (n=22)			
<i>Edadismo</i>	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	t	p
De salud	14	3.7	16.4	2.6	-2.79	0.006
Motivacional-social	12.2	3.6	15.3	3.5	-3.59	0.001
Carácter-personalidad	14.2	3.9	17.5	2.5	-5.09	0.001

Nota: $\bar{x}$ = media, DE=desviación estándar, p=significancia, t=prueba t Student, CENVE= puntuación global del Cuestionario de Estereotipos Negativos de la Vejez.

Calidad de vida

En la tabla 5 se muestran los resultados de la calidad de vida percibida por las PM. Se observa que las PM obtuvieron un alto Índice de calidad de vida que corresponde a un percentil de calidad de vida de 85, esto indica que el 85% de las PM obtuvieron una puntuación de calidad de vida mayor, que el 15% restante. También se muestran las puntuaciones estándar obtenidas en cada una de las dimensiones evaluadas, siendo la dimensión de bienestar material y bienestar físico las que presentaron puntuaciones más bajas, reflejando un impacto negativo en la calidad de vida en estas dimensiones. La dimensión con la puntuación más alta fue la de autodeterminación.

Tabla 5. Índice de calidad de vida

	$\bar{X}$	DE
ICV	114.28	13.86
Bienestar emocional	12.95	1.91
Relaciones interpersonales	13.31	2.62
Bienestar material	9.67	3.17
Desarrollo personal	13.54	2.61
Bienestar físico	7.70	3.14
Autodeterminación	13.85	1.45
Inclusión social	12.88	2.92
Derechos	11.35	2.42

Nota: $\bar{x}$ = media, DE=desviación estándar, ICV= Índice de Calidad de Vida

Los resultados del análisis de correlación de Pearson (tabla 6) mostraron una correlación negativa altamente significativa ($p < .001$) entre la calidad de vida y los estereotipos negativos del envejecimiento, lo cual indica que, a mayor percepción de estereotipos negativos del envejecimiento, menor calidad de vida.

Tabla 6. Coeficiente de correlación de Pearson de calidad de vida percibida y estereotipos negativos del envejecimiento

	Calidad de vida
Estereotipos negativos del envejecimiento	-.286** <.001

Nota: **= $p < .001$

Discusión

Los hallazgos de esta investigación permiten reflexionar sobre la manera en que los estereotipos negativos hacia la vejez y la percepción de calidad de vida se relacionan dentro de la experiencia subjetiva de las personas mayores. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación (2017), una de las principales experiencias de discriminación en las personas mayores fue el rechazo, exclusión de actividades sociales, falta de una pensión o mayor necesidad económica, falta de oportunidades para trabajar, razones de género y padecer alguna enfermedad. Los resultados de este estudio mostraron que las PM no refirieron experiencias previas de violencia y discriminación, esto aun cuando la mayoría de las estadísticas de violencia hacia las PM ha mostrado un incremento (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2023). Esto puede deberse a que, durante la recolección de los datos probablemente algún familiar estuvo presente o en muchos de los casos, la vergüenza por aceptar dicha violencia pudo haber limitado la veracidad de las respuestas.

Por tanto, la detección de violencia es una tarea difícil, a menudo complicada por la negación que suelen hacer tanto la persona mayor como también la persona que comete los malos tratos. Detectar violencia o actos de discriminación depende también de la concienciación, del conocimiento y de la comprensión tanto social o colectiva como individual que se tiene del problema. Estas premisas determinan aquello que puede ser considerado como maltrato a una persona mayor, aquello que se reconoce y por tanto, clasificado según unos criterios aceptados y hallados en la literatura existente (Tabueña Lafarga, 2006). Se estima que, a nivel mundial, por cada uno de los casos reportados existen más que no se reportan por diversos motivos.

Por otro lado, los niveles altos de estereotipos negativos identificados en la muestra coinciden con otros estudios como el realizado por Lasagni Colombo y colaboradores (2012) en donde el colectivo de adultos mayores presentaba altos niveles de edadismo internaliza-

do, especialmente en la dimensión salud. En cuanto a las diferencias sociodemográficas y los estereotipos negativos, no se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo, lo cual coincide con un estudio realizado por Sánchez, Triana y Blanca (2009) en donde tampoco hubo diferencias por sexo, pero sí hubo diferencias significativas por la edad y nivel de estudios. Sobre las diferencias encontradas según la edad, los resultados obtenidos muestran significancia estadística en la puntuación total del CENVE en donde se pone de manifiesto que el grado de creencia en los estereotipos negativos aumenta paulatinamente y alcanza el valor máximo en las personas de edades de 76 a 90 años considerados como longevos. Este dato empata con la realidad actual, en la que se constata que las personas de edades más avanzadas son las que corren el riesgo de presentar enfermedades crónicas y discapacidades en mayor medida que las personas de menos edad.

La subescala de carácter/personalidad, obtuvo la media más alta en el CENVE, lo cual coincide con las observaciones de López et al. (2023), quienes señalaron que uno de los estereotipos más frecuentes hacia los adultos mayores está relacionado con su temperamento y percepción de inflexibilidad. Este tipo de creencias puede afectar negativamente las relaciones familiares y comunitarias, limitando la inclusión social del adulto mayor.

Faudzi, Armitage, Bryant y Brown (2016), encontraron que los estereotipos positivos hacia el envejecimiento aumentan la calidad de vida, bienestar y sentimientos de satisfacción ante la vida, por lo que sugieren intervenciones para el desarrollo de estrategias de afrontamiento para reducir el impacto de la ansiedad que produce el envejecimiento. Como lo plantean Burnes et al. (2019), el edadismo sigue siendo una forma de discriminación sistemática que requiere estrategias educativas y políticas públicas para su erradicación. La prevención del edadismo, tanto a nivel individual como institucional, es crucial para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Los resultados de este estudio evidenciaron un alto índice de calidad de vida percibida arrojando en las PM, con puntuaciones medias más altas en las dimensiones de autodeterminación, desarrollo personal y relaciones interpersonales. Este resultado puede estar asociado al hecho de que los participantes fueron localizados en espacios públicos como parques, gimnasios, iglesias y accesos de instituciones de salud. La participación en actividades físicas y sociales en estos entornos puede haber favorecido a una mayor integración comunitaria y bienestar

físico, emocional y psicológico, aspectos estrechamente vinculados a una mejor CV (Cárdenas et al., 2022).

El hecho de que las PM se encontraran fuera de sus domicilios podría reflejar niveles altos de autodeterminación y autonomía al decidir a qué lugares acudir y movilizarse por cuenta propia. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Mireles et al. (2022), y Rivera-Almaráz et al. (2018), quienes identificaron una calidad de vida disminuida en PM con dependencia funcional, baja funcionalidad familiar y escaso apoyo social.

Respecto al desarrollo personal, se ha documentado que la participación en actividades culturales, espirituales y físicas puede contribuir al crecimiento personal y la autorrealización al facilitar contextos donde las PM pueden socializar, adquirir aprendizajes y mantener un rol activo, lo que puede influir positivamente en la autoimagen y la satisfacción con la vida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022). Estos hallazgos son congruentes con Alcalá-Lara et al. (2019) y Rodríguez-García et al. (2017), quienes reportaron una mejor calidad de vida en personas mayores que participaron en actividades físicas, educativas y culturales.

En la dimensión de relaciones interpersonales, se observó que la mayoría de las PM que participaron en el estudio estaban acompañadas por familiares, amistades o vecinos, o bien participaban activamente en actividades como consultas médicas, paseos, clases de zumba, tai chi, yoga o ceremonias religiosas. Estas interacciones refuerzan los lazos afectivos y comunitarios, disminuyen el aislamiento y contribuyen a un mejor estado emocional y CV (Ramírez-García et al., 2021). Dichos hallazgos concuerdan con los de Olaya et al. (2022), quienes reportaron que la presencia de síntomas depresivos, aislamiento social, sedentarismo y la falta de apoyo social se relacionan con una menor CV.

Por otra parte, las dimensiones de bienestar físico y bienestar material fueron las más afectadas con una menor CV. Algunas PM fueron abordadas en las instituciones de salud cuando acudieron a sus consultas médicas, lo que podría indicar presencia de enfermedades crónicas, impactando negativamente su percepción de bienestar físico. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023), el 47.9% de las PM padece al menos una enfermedad crónica, siendo las más prevalentes la hipertensión (43.3%), diabetes (25.6%) y artritis (10.7%). Estos resultados concuerdan con lo reportado por Montero-Andrade et al.

(2008) quienes identificaron un impacto negativo de las enfermedades crónicas en la CV.

Finalmente, se identificó una relación altamente significativa entre la calidad de vida y la percepción de estereotipos negativos del envejecimiento. Una mayor percepción de estereotipos negativos se asoció con una menor calidad de vida, lo que coincide con los hallazgos de Bergman et al. (2021) y Doncel-García et al. (2021), quienes reportaron asociaciones entre estereotipos negativos del envejecimiento y la presencia de ansiedad, depresión, soledad, deterioro cognitivo, disfunción física, baja participación social e institucionalización. Aunque estos autores no utilizaron una escala específica de CV, sus evaluaciones abordaron diversas dimensiones relacionadas a esta.

Estos resultados pueden explicarse por el fenómeno de internalización de estereotipos, mediante el cual las PM pueden adoptar creencias negativas sobre el envejecimiento, lo que puede desencadenar conductas asociadas a la discapacidad, inutilidad y enfermedad afectando su salud física y mental (Levy, 2009). De esta manera, las PM pueden llegar a pensar que no pueden realizar ejercicio físico derivando en una actitud evitativa, limitando la actividad física y funcionalidad, lo que puede repercutir negativamente en su CV.

Además, la exposición continua a estos estereotipos puede generar sentimientos de tristeza, ansiedad y baja autoestima (Bergman et al., 2021), así como efectos fisiológicos como disminución de la velocidad de marcha, menor recuperación funcional y una reducción de la esperanza de vida (Levy et al 2002). A su vez, los estereotipos negativos del envejecimiento pueden restringir la participación social y económica de las PM, al limitar sus oportunidades laborales, obstaculizar el acceso a programas de salud, y reducir su participación en actividades comunitarias y culturales (Ayalon et al., 2018).

Conclusión

El presente estudio evidencia la relación entre la calidad de vida y la presencia de estereotipos negativos del envejecimiento permitiendo visibilizar cómo la percepción interna de las PM sobre la vejez puede impactar negativamente su bienestar físico, emocional y social. Al mostrar que los estereotipos negativos de la vejez se asocian con un menor nivel de calidad de vida, este tipo de investigaciones subraya la importancia de implementar estrategias que promuevan una imagen positiva del envejecimiento. Asimismo, proporciona una base para el

diseño de políticas públicas, intervenciones psicosociales y programas comunitarios que no solo se centren en combatir el edadismo, sino que también fomenten la autodeterminación, el sentido de propósito y la participación de las PM, garantizando condiciones que les permitan alcanzar un envejecimiento digno, funcional y satisfactorio mejorando así su calidad de vida integral.

Referencias

- Alcalá Lara, R., Vargas Carreón, J. C., Borges Yáñez, S.A., et al. (2019). Preventive health services and physical activity improve healthrelated quality of life in Mexican older adults. *Salud Pública de México*, 61(5), 639646.
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). Contemporary perspectives on ageism. *Springer Nature*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Blanca, M. J., Sánchez Palacios, C., Torres, T. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista multidisciplinar de gerontología*, ISSN 1139-0921, Vol. 15, Nº. 4, 2005, pags. 212-221. (PDF) Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez
- Bergman, Y. S., SegelKarpas, D. (2021). 'I feel old and have aging stereotypes': Internalized aging stereotypes and older adults' mental health: The mediational role of loneliness. *Journal of Affective Disorders*, 290, 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.077>
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr, Wassel, M., Cope, R., Barber, C., Pillemer, K. (2019). Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of public health*. 109 (8), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2023). *Abandono, exclusión social y discriminación: los principales problemas que enfrentan las personas mayores*. CONAPRED. <https://www.conapred.org.mx/021-abandono-exclusion-social-y-discriminacion-los-principales-problemas-que-enfrentan-las-personas-mayores-conapred/>
- David, D., Zoizner, G. Werner, P. (2018). Self-Stigma and Age-Related Hearing Loss: A Qualitative Study of Stigma Formation and Dimensions. *Am J Audiol*, 8;27(1):126-136. doi: 10.1044/2017_AJA-17-0050

- Escuntar Cueva, F. J. Zambrano Guachamin R.A. De Psicología, C., (2021). Universidad Politécnica Salesiana sede Quito. Edu.ec. Recuperado de: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21381>
- Fraser, S. A., Kenyon, V., Lagacé, M., Wittich, W., Southall, K. E. (2016). Stereotypes associated with age-related conditions and assistive device use in Canadian media, *The Gerontologist*, 56(6), 1023-1032. Doi:10.1093/geront/gnv094
- González, D., Sosa, Z., Reboiras, L. (2021). Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Páginas Selectas de la CEPAL*.
- González-Salas, I., Juárez-Hernández, L., Gámez-Mier, C. (2022). Adaptación y validación de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos de la vejez. *Investigación En Educación Médica*, 11(42), 65-77. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2022.42.21412>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México*. Comunicado de prensa 394. 1-33. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- López, L. E. G., Navarro, M. Q., González, M. E., Cárdenas, O. G. (2023). Estereotipos hacia la vejez y su representación social. *Medimay*, 30(1), 52-58.
- Méndez-Chávez, A., Moreno-Vergara, L., Olascoaga-Montaña, O., Navarro-Obeid, J., Vergara-Álvarez, M., Martínez, I. (2023). Bienestar psicológico en adultos mayores jubilados y no jubilados. *Revista Acciones Médicas*, 2(1), 66-75.
- Mireles Alonso, M. A., Salazar Barajas, M. E., Guerra Ordóñez, J. A., Ávila Alpirez, H., Silva Fhon, J. R., & DuranBadillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>
- MonteroAndrade, I., SalgadoOrozco, A., & LópezSalazar, A. (2008). Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on healthrelated quality of life among communitydwelling older adults. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 553-572.

- Olaya, L.C., Córdoba, V., Velilla, L.M., Hernández, J.A. (2022). Síntomas de depresión y calidad de vida relacionada con la salud de personas mayores: una revisión. *Psicología desde el Caribe*, 39(3), e50.
- Palacios, C. S., Torres, M. V. T., & Mena, M. J. B. (2009). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 124-129.
- Ramírez-García, M. P., Villalobos-Gallegos, L., González-Forteza, C. (2021). *Redes de apoyo social y calidad de vida en adultos mayores mexicanos*. *Salud Mental*, 44(3), 121-128. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.017>
- RiveraAlmaraz, A., ManriqueEspinoza, B., ÁvilaFunes, J. A., et al. (2018). Disability, quality of life and allcause mortality in older Mexican adults: association with multimorbidity and frailty. *BMC Geriatrics*, 18, 236. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0928-7>
- RodríguezGarcía, D., MoralesRíos, O. (2017). The influence of activities on the quality of life of the elderly: A systematic review. *Revista de Envejecimiento y Salud*, 9(2), 4560.
- Rogel, H., Lazo Moreira, M. (2021). Estereotipos negativos sobre vejez y el bienestar psicológico del adulto mayor. *La Revista Sinapsis*, 2 (20).
- Tabueña Lafarga, C. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 275-292. Recuperado en 01 de agosto de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003&lng=es&tlng=es.
- Verdugo Alonso, M. Á., Arias Martínez, B., Gómez Sánchez, L. E., Schalock, R. L. (2009). Escala de Calidad de Vida-GENCAT: Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida. <https://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>

Capítulo 21. Dimensiones familiares y su relación con la cognición en adultos mayores

EDGAR HUMBERTO MACIAS ESCOBEDO

ANGELA GABRIELA MOLINA ARRIAGA

LUIS CARLOS CORTEZ GONZÁLEZ

JOSÉ MARÍA GUAJARDO ESPINOZA

ESMERALDA REYES RODRÍGUEZ

Introducción

El envejecimiento es un fenómeno de carácter global, el cual es necesario abordar para crear las condiciones necesarias promoviendo que pueda desarrollarse de manera saludable considerando que, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el año 2030, una de cada seis personas, tendrá 60 años o más. Debido a lo anterior, la OPS concentrada en la Década del Envejecimiento Saludable en las Américas 2021-2030, considera en su agenda integrar estrategias que aborden al envejecimiento saludable como un “proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida” (Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2025) en donde se cambie la forma en que las personas piensen, sientan y actúen en el camino hacia la edad y el envejecimiento.

La tercera edad es reconocida como una etapa de cambios en su mayoría relacionados con la pérdida y en aumento de la dependencia de terceros en los que para la población mexicana de manera cultural viene dada por los familiares en línea directa que se convierten en cuidadores (Torrado et al., 2014). Por ello el papel de la familia para este grupo poblacional es fundamental toda vez que las dinámicas se modifican en esta etapa del ciclo vital haciendo necesaria la promoción de la cultura de cuidado a favor del envejecimiento saludable y activo (González Quirarte, 2019).

El estudio de las dinámicas familiares permite establecer al menos siete dimensiones relevantes que se detallan a continuación:

Poder

Todo sistema e institución social desarrolla o integra figuras o roles en los que se concentran la toma de decisiones, la autoridad y el control. La familia no es la excepción y las figuras de poder se hacen del mismo desde el rol fundacional, aportación económica, fuerza física-estado de salud, designación cultural conforme a usos y costumbres (Gómez Urrutia & Jiménez Figueroa, 2015). Hasta hace no poco tiempo se consideraba “jefe de familia” al padre sobre los hijos siendo el 72.86% la estimación sobre el 27.14% en las que las mujeres eran jefas de familia (Pérez Bulnes et al., 2023).

Las figuras de poder en la familia reflejan el manejo de los conflictos, la participación de colaborativa, el clima de respeto y las dinámicas para expresar los desacuerdos, las necesidades y la búsqueda de equilibrio. Los cambios en cuanto a la jubilación y pérdida de habilidades físicas y cognitivas modifican la estructura jerárquica de la familia extensa cuando se tiene en convivencia diaria (Ocampo-Chaparro et al., 2009) llevando a los adultos mayores una mayor dependencia sobre todo de los hijos quienes pueden tomar figuras de poder sobre todo para las mujeres de este grupo poblacional (Gómez Urrutia & Jiménez Figueroa, 2015; González Quirarte, 2019).

Autonomía

En la familia, el ejercer la autonomía es dependiente del ciclo vital, teniendo momentos de aumento y de disminución que se alternan (Rueda Hernández, 2022). En el caso de los adultos mayores parece relacionarse con el llamado envejecimiento saludable (Organización Panamericana de la salud (OPS), 2021; Quintero Romero, 2021), impactando con ello a políticas públicas en asuntos relacionados a la independencia, autosuficiencia y dignidad con agendas buscando entornos favorables para esta población (Torrado et al., 2014).

El adulto mayor en una buena proporción prefiere autonomía en sus actividades diarias, gustos e intereses (Slotman et al., 2017) prefiere evitar, en inicio, la dependencia de otras personas para sus actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana basado en la capacidad que percibe en la elección de sus actividades en general, incluyendo las de tiempo libre y estudios en caso de que así lo decida. En ese sentido la confianza y el control de las decisiones demanda espacios para experimentar y aprender de los errores (Zhou et al., 2021).

Comunicación verbal

La interacción a través de mensajes hablados entre las personas también observa cambios en esta etapa del ciclo vital de la familia, el nivel de apertura, el uso de mensajes directos e incluso la forma en la que los miembros emplean dicha interacción lleva a modificar los roles sociales con base en el pensamiento sobre sí mismo y las ideas de los demás (Lecce et al., 2017; Lin & Giles, 2013; Ocampo-Chaparro et al., 2009).

De este modo la comunicación verbal y sus modificaciones es relevante ya que condiciona el afrontamiento de los problemas y el manejo de temas que pueden resultar incómodos o difíciles de afrontar (Durrán-Oleas & Ordóñez-Martínez, 2021).

Comunicación no verbal

Para el adulto mayor la comunicación no verbal puede volverse más relevante si es que ven disminuidas las funciones de lenguaje expresivo (González Quirarte, 2019) en la emisión de gestos, postura, gesticulaciones y la comprensión de los mismos lleva a la empatía con el resto de los miembros de la familia. Esto también lleva a una formación de alianzas para cubrir las necesidades emocionales e incluso físicas toda vez que no suelen mermarse en el adulto mayor las creencias de segundo orden para inferir los estados mentales de otros (Quesque & Rossetti, 2020).

Jerarquía

El mantener una posición de poder dentro de un sistema puede afectarse en este grupo poblacional, con la pérdida de actividad económica y de funciones, los sistemas como la familia tienden a tener en su punto jerárquico más alto al integrante con mayor capacidad o condiciones de toma de decisiones y en proporción tiende a desplazarse hacia alguno de los hijos o hijas en condiciones algunas veces de cuidado (Gogoi, 2021).

Resiliencia

Identificar los cambios, su aceptación y adaptación es frecuente para los adultos mayores, siendo esta etapa percibida con la pérdida como constante tanto a nivel laboral, económico y de salud (Brañas et al., 2018) es que se considera la capacidad de resiliencia como fundamental para un envejecimiento saludable. Esto implica afrontar las situaciones de la vida cotidiana obteniendo la mayor cantidad de ganancias, finalizando en una situación de bienestar. El apoyo mutuo, la reorganización, la búsqueda de apoyo y otros elementos como la flexibilidad en los roles, así como que el núcleo familiar termine fortalecido al pasar las dificultades.

La manera en la que cuenta con herramientas de resiliencia permite al adulto mayor contar con mejores niveles de adaptación al núcleo familiar, mientras que menores herramientas pueden llevar a dificultades que incluso pueden poner en riesgo la vida y el acomodo familiar (Díaz et al., 2017).

Crisis

El manejo de la crisis y conflictos en la familia, en tanto la desorganización que implica, es diferencial en cada una de ellas. Esto lleva a valorar incluso la flexibilidad en los roles, los niveles de malestar y desasosiego, así como la reorganización y responsabilidades (Kelley et al., 2021; Lee & Choi, 2021). El distanciamiento emocional que podría resultar del paso por una crisis puede afectar la dinámica futura del sistema y con ello el bienestar de los miembros; en particular en cuanto a los adultos mayores puede generar afectaciones que disminuyan la red de apoyo y cuidado que podrían necesitar en el futuro a corto y mediano plazo.

Queja cognitiva y su asociación a deterioro cognitivo

La queja cognitiva subjetiva, entendida como la referencia a la pérdida de funciones cognitivas desde la memoria, la atención, la función ejecutiva, las praxias, el lenguaje y la percepción (Fastame, 2022; Garcia-Ptacek et al., 2016), aunque ha mostrado baja consistencia en el contraste las herramientas para la detección de deterioro cognitivo a través de evaluaciones neuropsicológicas con herramientas comunes (Jeste, 2022; Spreij et al., 2021; Zakrzewski et al., 2022). Se diseñan

herramientas por ello, para analizar la queja cognitiva, algunas que se centran en la memoria (Youn et al., 2009) y otras con una mayor cantidad de funciones (Llarena Nuñez & Bruno, 2021), teniendo valores normativos para población adultos y adultos mayores (Bruno et al., 2023).

Se ha demostrado que si bien la queja de alteraciones de las funciones cognitivas no siempre es evidenciable en pruebas de exploración neuropsicológica y suele tener baja correlación con bajos puntajes en pruebas como el Mini Mental State Examination o el Montreal Cognitive Assessment, también estudios longitudinales suponen que una buena parte de quienes señalan quejas cognitivas van al menos a evidenciar deterioro cognitivo leve y en una proporción menor alcanzará un deterioro cognitivo mayor en Enfermedad de Alzheimer (García-Ptacek et al., 2016).

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo no experimental, transversal y correlacional que tiene como objetivo el análisis de las relaciones entre la queja cognitiva y las dinámicas familiares en adultos mayores.

La muestra se conforma de 91 hombres y mujeres mayores de 65 años del Estado de Coahuila, México, la recolección fue no probabilística por conveniencia, se realizan entrevistas uno a uno, posterior a la firma de Consentimiento Informado, se aplican dos herramientas tipo encuesta. Se excluyen aquellos adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo severo y demencia.

Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de Queja Cognitiva de Llarena Nuñez & Bruno (2021) que consiste en una encuesta de autoinforme de 24 afirmaciones con las que se responde con el grado de acuerdo. Se identifican quejas de los dominios cognitivos de Atención, Orientación, Funciones ejecutivas, Memoria, Praxias y Lenguaje. Cada uno de los 24 ítems se responde con una escala tipo Likert de 5 puntos conforme a su frecuencia de “nunca” a “siempre”. Se obtiene el nivel de queja de cada dominio por la suma de los ítems específicos en una escala entre 0 y 16.

La Encuesta sobre Familia que se propone para esta investigación analiza 7 dimensiones en torno a la familia: Poder, autonomía, comunicación verbal, comunicación no verbal, jerarquía resiliencia y crisis. Contiene un total de 47 afirmaciones en las que se mide el grado de acuerdo con una escala decimal. Cada dimensión obtiene un puntaje

mínimo de 0 y máximo de 70. Para las primeras 6 dimensiones puntajes altos indican grado alto de acuerdo y tendencia a la funcionalidad de acuerdo con la literatura. La dimensión de crisis está en sentido inverso y las puntuaciones más cercanas al 0 indicaría niveles más funcionales.

Para el análisis de datos se recurre a estadística descriptiva, se obtiene correlación de Spearman dado que no se cumplen criterios de normalidad en ninguna de las dos mediciones. Mediante el software JASP 0.19.3 (JASP Team, 2025) se obtienen medidas de tendencia central y correlación de Spearman como principales estadígrafos de análisis. Con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk con $p < .05$ se decide el uso de estadística no paramétrica.

Resultados

Se muestra a continuación la estadística descriptiva mostrando en inicio la expresión de queja cognitiva en 91 adultos mayores.

La queja cognitiva muestra valores más altos en torno a la *atención* en la muestra general ($X = 6.24$, $DE = 3.66$) y sin diferencias significativas de U Mann-Withney entre hombres y mujeres. En la muestra total, la queja con media más baja corresponde a la *orientación* con 1.71 (2.62), manteniéndose en niveles similares del grupo de hombres y mujeres. Las quejas cognitivas que obtienen una segunda media más alta son las de *memoria*, seguida de las *funciones ejecutivas* y el *lenguaje*, mientras que las quejas de *praxias* se ubican en la penúltima posición.

Tabla 1. Comparación de medias de Queja cognitiva en adultos mayores

Tipo de Queja	Media (DE)			U Mann-Whitney (p)
	Total	Hombres	Mujeres	
Atención	6.24 (3.66)	6.45 (3.46)	6.13 (3.78)	978.0 (.69)
Orientación	1.71 (2.62)	1.74 (2.69)	1.70 (2.60)	873.5 (.81)
Funciones ejecutivas	4.13 (3.53)	4.10 (3.68)	4.15 (3.49)	859.5 (.97)
Memoria	5.12 (3.74)	4.61 (3.47)	5.39 (3.87)	786.5 (.33)
Praxias	3.38 (3.00)	3.19 (3.27)	3.49 (2.86)	782.5 (.37)
Lenguaje	4.21 (4.14)	3.80 (3.87)	4.43 (4.29)	803.5 (.55)
Queja Total	23.38 (14.86)	23.78 (16.86)	23.18 (13.90)	747.5 (.83)

Los valores de media más alta, como puede observarse en la Tabla 2, de la Escala de relaciones familiares se observa en la *autonomía*, tanto en la muestra en general ($X = 60.63$, $DE = 11.73$) como en el grupo

de hombres y mujeres ($X= 59.60$, $DE=13.62$; $X= 61.01$, $DE= 10.71$). Seguida de la comunicación verbal ($X=58.23$, $DE= 13.33$) y sin diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres conforme a lo señalado por la U Mann-Whitney (1011.5 , $p=.49$).

Tabla 2. Comparación de media de dimensiones familiares en adultos mayores

<i>Dimensión familiar</i>	<i>Media (DE)</i>			<i>U Mann-Whitney (p)</i>
	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
Poder	51.75 (9.74)	52.10 (8.14)	51.57 (10.53)	874.5 (.93)
Autonomía	60.63 (11.73)	59.90 (13.62)	61.01 (10.71)	937.5 (.84)
Comunicación verbal	58.23 (13.33)	58.67 (14.42)	58.00 (12.86)	1011.5 (.49)
Comunicación no verbal	56.46 (11.97)	54.41 (14.09)	57.51 (10.69)	831.0 (.40)
Jerarquía	55.76 (8.97)	55.48 (6.49)	55.91 (10.09)	794.5 (.30)
Resiliencia	57.11 (12.67)	57.66 (11.23)	56.83 (13.41)	869.5 (.79)
Crisis	36.38 (19.42)	26.03 (18.37)	41.83 (17.81)	488.5 (<.001)

Solo se encuentran diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres de adultos mayores en cuanto al manejo de las *crisis* con valores más altos para las mujeres y en el caso particular, indicador de mayores niveles de disfuncionalidad en cuando a afectar aspectos de la comunicación, distribución de responsabilidades y manejo de conflictos.

La Tabla 3 muestra los datos de correlación entre las medidas de *queja cognitiva* y las escalas de dimensiones familiares. La correlación más fuerte se observa entre la queja de *funciones ejecutivas* y el nivel de funcionalidad de la *comunicación verbal* ($Rho= -.57$, $p< .001$) de tipo negativo en la que puede inferirse que si aumentan las quejas de funciones ejecutivas se manifiesta un menor nivel funcional percibido de la comunicación verbal. Debe destacarse que la dimensión de *crisis* solo tiene correlaciones significativas con las quejas de las *praxias* de tipo positivo ($Rho= .30$, $p< .01$) y de tipo negativo con las quejas de lenguaje ($Rho= -.27$, $p< .05$). Las quejas de *memoria* correlacionan de manera negativa con el *poder* ($Rho= -.43$, $p<.001$), y la comunicación tanto *verbal* ($Rho= -.39$, $p<.001$), como *no verbal* ($Rho= -.30$, $p<.01$) de manera que en tanto se aumentan las quejas de memoria se disminuye la funcionalidad del ejercicio del poder, según lo perciben los adultos mayores.

Tabla 3. Correlación de Pearson. Queja cognitiva y Dimensiones familiares

<i>Tipo de Queja</i>	<i>Poder</i>	<i>Autonomía</i>	<i>Comunicación verbal</i>	<i>Comunicación no verbal</i>	<i>Jerarquía</i>	<i>Resiliencia</i>	<i>Crisis</i>
Atención	-.30**	-.23*	-.36***	-.39***	-.11	-.20	-.19
Orientación	-.36***	-.34**	-.45***	-.43***	-.31**	-.34***	.09
F u n c i o n e s ejecutivas	-.32**	-.48***	-.57***	-.41***	-.25*	-.39***	.13
Memoria	-.43***	-.23*	-.39***	-.30**	-.29**	-.22*	.07
Praxias	-.34**	-.24*	-.43***	-.41***	-.18	-.27*	.30**
Lenguaje	-.27**	-.20	-.33**	-.30**	-.19	-.23*	-.27*
Queja Total	-.39***	-.35***	-.51***	-.47***	-.27*	-.33**	.21

Nota: *p < .05, **p < .01, ***p < .001

La dimensión familiar con correlaciones mayores es la de Comunicación verbal, también siendo inversamente proporcional en todos las quejas de dimensiones cognitivas. Dentro de la queja de dominios cognitivos, las correlaciones mayores, también inversas se encuentran con las funciones ejecutivas y seis de las dimensiones familiares.

Las correlaciones con la autonomía familiar y las funciones ejecutivas también es fuerte de manera que puede inferirse que la primer se vuelve disfuncional conforme se aumentan las quejas cognitivas del segundo dominio ($Rho = -.48$, $p < .001$).

Discusión

Los resultados en este estudio aportan evidencia sobre la relación entre las dinámicas familiar y las quejas de la cognición en adultos mayores. Se identifican correlaciones inversas entre la queja relacionada con funciones ejecutivas y la comunicación verbal en torno al ámbito familiar. De esto se puede inferir que a medida que la comunicación verbal en la familia se percibe como menos funcional, los adultos mayores tienden a reconocer mayores dificultades en procesos como el control inhibitorio, la planificación y/o la toma de decisiones.

Investigaciones previas han señalado la importancia del entorno social y familiar como modulador del envejecimiento cognitivo (González Quirarte, 2019; Ocampo-Chaparro et al., 2009). Una comunicación familiar disfuncional podría representar una fuente importante de estrés, lo cual tiene efectos negativos sobre el funcionamiento de la corteza frontal, en especial en adultos mayores vulnerables a la disfunción ejecutiva (McEwen, 2007). Por otro lado, la baja calidad en la comunicación puede condicionar las oportunidades del adulto mayor para

participar en conversaciones con diversas vertientes de ideas, resolver conflictos o tomar decisiones cotidianas.

Es posible considerar que la percepción negativa sobre las funciones ejecutivas puede reflejar una autovaloración influida por el entorno familiar en su calidad y funcionalidad, al menos en una parte; esto es, los adultos mayores inmersos en dinámicas comunicativas disfuncionales podrían desarrollar creencias pesimistas sobre su propio desempeño cognitivo, lo cual también puede afectar su funcionamiento real (González-Celis & Gómez-Benito, 2013; Ooi et al., 2021).

Por otro lado, los hallazgos en la percepción de la autonomía familiar y su relación con las funciones ejecutivas y en este estudio en particular de la queja, es relevante y consistente con otras investigaciones en Latinoamérica (Aued, 2020; Nancy Lepe-Martínez et al., 2020), así como en otros continentes (Gogoi, 2021) que señalan que en la medida en la que se afectan las funciones ejecutivas se aumenta la dependencia y malestar emocional.

Las correlaciones bajas y no significativas de este estudio llama la atención que se ubican para la dimensión familiar relacionada con el manejo de la crisis y solo leves y moderadas para la queja de praxias y del lenguaje, establecer relación entre estas mediciones suena arriesgado toda vez que no se han encontrado estudios que hayan asociado estos elementos.

La resiliencia como dimensión familiar también muestra correlación inversa moderada y significativa con las funciones ejecutivas y esto es consonante con factores ya identificados por otras investigaciones que aportan elementos para señalar que en la medida en la que las funciones ejecutivas están conservadas es mayor la resiliencia y por ende una manera más efectiva de hacer frente a los cambios tanto cognitivos como de la familia (Díaz et al., 2017; Lee & Choi, 2021).

Es necesario señalar que la prueba U de Mann-Whitney solo resalta diferencias entre la percepción de vivencia de la crisis entre hombres y mujeres en este grupo de adultos mayores, esto es consonante con otros estudios que han encontrado que el afrontamiento y necesidades de cuidado es mayor en las mujeres que en los hombres (Camargo-Rojas & Chavarro-Carvajal, 2023), esto debe tener especial interés en futuras investigaciones ya que harían evidente una mayor atención en el grupo de hombres ya que podría ser un factor de riesgo contrario al envejecimiento saludable (Cabrera-Ponce & Vega-Intriago, 2022).

Desde un punto de vista práctico, estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones familiares que promuevan una comunicación

verbal más empática, estructurada y abierta. Estrategias que fortalezcan el diálogo intergeneracional y la validación del adulto mayor pueden tener un efecto protector sobre su salud cognitiva. Asimismo, los programas de detección o prevención del deterioro cognitivo podrían beneficiarse al incluir una evaluación de las dinámicas familiares como parte del abordaje integral.

Debe tenerse en cuenta en las limitaciones del presente estudio que, aunque se observan correlaciones, es arriesgado suponer causalidad entre el rendimiento cognitivo y su queja con la modificación de las dinámicas familiares ya que estas últimas son más bien multifactoriales y no solamente implican al envejecimiento sino a otro grupo variables tanto sociales, culturales e incluso económicas (Cabrera-Ponce & Vega-Intriago, 2022; Marshall-Barberán, 2023; Ocampo-Chaparro et al., 2009).

Para terminar, se sugiere que futuras investigaciones deben explorar elementos causales de esta relación e incorporar medidas neuropsicológicas soportadas en pruebas que complementen la autopercepción del desempeño cognitivo, con el fin de fortalecer la validez de estos hallazgos.

Conclusiones

Este estudio enfocado en los adultos mayores en cuanto su vivencia familiar y la cognición en tanto las posibles asociaciones derivadas de la medida de dos instrumentos en las dimensiones familiares y la queja cognitiva son un punto de partida para la formulación de acciones específicas que tomen en consideración los cambios de las funciones ejecutivas y su posible impacto en la dinámica familiar de este grupo poblacional.

Si bien el envejecimiento se reconoce como una etapa en la que los cambios están caracterizados por la pérdida de capacidades y por ende un mayor nivel de dependencia, supervisión y cuidados, no hay motivos de peso que destinen a este grupo poblacional hacia un destino alejado de un envejecimiento saludable y con el mayor bienestar posible.

La etapa de la vejez ha dejado de ser reflejo del retiro en un ambiente tranquilo y los adultos mayores toman roles en el sistema familiar y personal con matices desafiantes para todo el sistema familiar. Si bien el adulto mayor es consciente de las modificaciones de su cognición y de manera relevante en cuanto a las funciones ejecutivas, limitando la toma de decisiones efectiva o incluso incurriendo en fallos de planificación.

ción y otras que en su momento pudieron favorecer su jerarquía como figura de poder, al observarse mercedas puede ser un factor relevante para las afectaciones en torno a las dinámicas familiares.

Desde este estudio puede inferirse que las dinámicas familiares no solo son un espacio de interacción social, sino un factor con impacto potencial en el bienestar cognitivo. La relación entre resiliencia y funciones ejecutivas es particularmente relevante toda vez que supone que la conservación de dichas habilidades facilita un afrontamiento efectivo en los cambios inevitables de la etapa. Asimismo, las diferencias entre la vivencia de las crisis entre hombres y mujeres apuntan a la necesidad de incluir variables de género en la investigación y por consiguiente en el diseño de estrategias de intervención.

Por último, aunque la evidencia de esta investigación es significativa, se reconoce que los resultados no permiten establecer relaciones de causalidad ya que la complejidad de las dinámicas familiares y del envejecimiento cognitivo son multifactoriales. Por lo cual se sugiere que futuras investigaciones incorporen evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas y análisis más amplios que incluyan variables socioculturales y económicas para con ello fortalecer la comprensión de estos vínculos. Tales aproximaciones podrían orientar programas específicos de intervención familiar que promuevan la comunicación empática y resiliente, contribuyendo con ello a un envejecimiento saludable y funcional.

Referencias

- Aued, M. L. (2020). Autonomía y dignidad de los adultos mayores en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(12). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001201861>
- Brañas, F., Azcoaga, A., García Ontiveros, M., & Antela, A. (2018). Cronicidad, envejecimiento y multimorbilidad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36. [https://doi.org/10.1016/s0213-005x\(18\)30241-6](https://doi.org/10.1016/s0213-005x(18)30241-6)
- Bruno, D., Fernandez, V., Portillo, F., & Llarena Nuñez, S. (2023). Valores normativos para el Cuestionario de Quejas Cognitivas para adultos entre 30 y 90 años. *Neurología Argentina*, 15(4), 271–278. <https://doi.org/10.1016/J.NEUARG.2023.09.001>
- Cabrera-Ponce, K. E., & Vega-Intriago, J. O. (2022). *Convivencia familiar y su incidencia en la salud mental en adultos mayores - Dialnet*. Revista científica Yachasun Vol. 6 Núm. 11 Ed. esp .

- Camargo-Rojas, C. M., & Chavarro-Carvajal, D. A. (2023). El sentimiento de soledad en la población adulta mayor participante en centros de día en Bogotá, Colombia. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(2). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n2.01>
- Díaz, R., González, S., González, N., & Montero, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurma Revista electronica de Psicogerontologia*, 4(2).
- Durán-Oleas, C., & Ordóñez-Martínez, L. (2021). Envejecimiento y familia: desafíos desde el trabajo social y la orientación familiar. *South American Research Journal*, 1(2).
- Fastame, M. C. (2022). Are subjective cognitive complaints associated with executive functions and mental health of older adults? *Cognitive Processing*, 23(3). <https://doi.org/10.1007/s10339-022-01089-y>
- Garcia-Ptacek, S., Eriksdotter, M., Jelic, V., Porta-Etessam, J., Kåreholt, I., & Manzano Palomo, S. (2016). Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 31(8). <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.02.007>
- Gogoi, N. (2021). Power, autonomy and emotional well-being in later life: A qualitative study in rural Assam, India. *International Journal of Current Research and Review*, 13(8). <https://doi.org/10.31782/IJCRR.2021.13825>
- Gómez Urrutia, V., & Jiménez Figueroa, A. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Polis (Santiago)*, 14(40). <https://doi.org/10.4067/s0718-65682015000100018>
- González Quirarte, N. H. (2019). Funcionalidad familiar en familias extensas. Significado para el adulto mayor de vivir en familia extensa. *Social Science and Medicine*, 12(3).
- González-Celis, A. L., & Gómez-Benito, J. (2013). Spirituality and Quality of Life and Its Effect on Depression in Older Adults in Mexico. *Psychology*, 04(03). <https://doi.org/10.4236/psych.2013.43027>
- JASP Team. (2025). JASP (Version 0.19.3). En *[Computer software]*.
- Jeste, D. V. (2022). Subjective cognitive complaints: what do they predict? *International psychogeriatrics*, 34(12), 1005–1006. <https://doi.org/10.1017/S1041610222001077>
- Kelley, H. H., LeBaron, A. B., & Hill, E. J. (2021). Family Matters: Decade Review from Journal of Family and Economic Issues.

- En *Journal of Family and Economic Issues* (Vol. 42). <https://doi.org/10.1007/s10834-020-09706-8>
- Lecce, S., Ceccato, I., Bianco, F., Rosi, A., Bottiroli, S., & Cavallini, E. (2017). Theory of Mind and social relationships in older adults: the role of social motivation. *Aging and Mental Health*, 21(3). <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1114586>
- Lee, S., & Choi, Y. (2021). Factors Influencing Family Support and Resilience in the Elderly. *Review of International Geographical Education (RIGEO)*, 11(8).
- Lin, M. C., & Giles, H. (2013). The dark side of family communication: A communication model of elder abuse and neglect. *International Psychogeriatrics*, 25(8). <https://doi.org/10.1017/S1041610212002347>
- Llarena Nuñez, S., & Bruno, D. (2021). Validation of the Cognitive Complaints Questionnaire. *Neurología Argentina*, 13(3), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.09.004>
- Marshall-Barberán, P. (2023). Notas sobre la familia, el poder y el derecho. *Revista Chilena de Derecho y Ciencia Política*, 1(1). <https://doi.org/10.7770/rchdcp-v1n1-art1>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. En *Physiological Reviews* (Vol. 87, Número 3). <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Nancy Lepe-Martínez, D., Francisca Cancino-Durán, L., Fernanda Tapia-Valdés, L., Pamela Zambrano-Flores, L., Patricia Muñoz-Veloso, L., Ivonne Gonzalez-San Martín, D., & Ramos-Galarza, C. (2020). Executive Functions Performance In Old Adults: Relationship With Autonomy And Quality Of Life. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(1), 2020.
- Ocampo-Chaparro, J. M., Valencia-Peláez, A. L., & González-Rojas, F. (2009). Envejecimiento y familia. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr*, 23(2).
- Ooi, P. B., Ong, D. L. T., Peh, S. C., Ismail, S. F., Paramanathan, S. A. M. S., Lee, A. S. H., Soon, L. K., & Chan, N. N. (2021). Active aging, psychological well-being and quality of life of elderly and pre-elderly Malaysians during movement control periods. *Educational Gerontology*, 47(8). <https://doi.org/10.1080/03601277.2021.1983295>
- Organización Panamericana de la salud (OPS). (2021). Envejecimiento saludable - OPS_OMS _ Organización Panamericana de la Salud. En *Envejecimiento saludable*.

- Pérez Bulnes, D. C., Caamal Olvera, C. G., & Mastretta López, J. L. (2023). Participación laboral de las mujeres en México: preferencias y limitaciones. *The Anáhuac Journal*, 23(2). <https://doi.org/10.36105/theanahuacjour.2023v23n2.06>
- Quesque, F., & Rossetti, Y. (2020). What Do Theory-of-Mind Tasks Actually Measure? Theory and Practice. *Perspectives on Psychological Science*, 15(2). <https://doi.org/10.1177/1745691619896607>
- Quintero Romero, S. B. (2021). El empoderamiento como experiencia de envejecimiento activo de un adulto mayor periodista. *Qualitas Revista Científica*, 23(23). <https://doi.org/10.55867/qual23.07>
- Rueda Hernández, L. V. (2022). Esperanza de vida e inicio de la etapa de adulto mayor. *Salud Uninorte*, 38(01). <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.041>
- Slotman, A., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2017). Validation of the Aging Perceptions Questionnaire Short on a sample of community-dwelling Turkish elderly migrants. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0619-7>
- Spreij, L. A., Sluiter, D., Gosselt, I. K., Visser-Meily, J. M. A., & Nijboer, T. C. W. (2021). CoCo - participation: The development and clinical use of a novel inventory measuring cognitive complaints in daily life. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(2), 255–277. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1691017>
- Torrado, A. M., Sánchez, L., Somonte, R., Cabrera, A. M., Henríquez, P. C., & Pérez, O. L. (2014). Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Novedades en Población*, 10(19).
- Youn, J. C., Kim, K. W., Lee, D. Y., Jhoo, J. H., Lee, S. B., Park, J. H., Choi, E. A., Choe, J. Y., Jeong, J. W., Choo, I. H., & Woo, J. I. (2009). Development of the Subjective Memory Complaints Questionnaire. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 27(4), 310–317. <https://doi.org/10.1159/000205512>
- Zakrzewski, J. J., Henderson, R., Archer, C., Vigil, O. R., Mackin, S., & Mathews, C. A. (2022). Subjective cognitive complaints and objective cognitive impairment in hoarding disorder. *Psychiatry research*, 307. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.114331>
- Zhou, W., Chen, D., Hong, Z., Fan, H., Liu, S., & Zhang, L. (2021). The relationship between health-promoting lifestyles and depression in the elderly: roles of aging perceptions and social support. *Quality of Life Research*, 30(3). <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02674-4>

Capítulo 22. Factores asociados a la mortalidad en personas con diabetes mellitus tipo II

KARLA KARIME ESCUDERO-GONZALEZ
MILDRED ASTRID MORENO-CRUZ
MAYRA SAMIRA DE LEÓN-RAMÍREZ
JORGE GABRIEL TUZ-COLLI

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo II (DM2) representa un reto de salud pública a nivel mundial, asociada a la elevada morbilidad y mortalidad a sus complicaciones agudas y crónicas (Jiang & Cheng, 2022). Datos de la Federación Internacional de Diabetes, aproximadamente 537 personas adultas viven con DM2, con una proyección de aumento de 783 millones para el año 2045 (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2020). En América Latina, específicamente México ocupa uno de los primeros lugares en prevalencia con más de 12.4 millones de casos diagnosticados (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2021) y con una tasa de mortalidad de 361 por cada 100,000 habitantes debido a complicaciones asociadas a la enfermedad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

La DM2 incrementa no solo el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, así como la probabilidad de hospitalización por infecciones graves, predisponiendo al desarrollo de sepsis y su manifestación más crítica: el choque séptico (Jiang & Cheng, 2022). Este último, se define por la hipoperfusión tisular persistente, llevando a una falla circulatoria y multiorgánica, con un curso más agresivo en pacientes con DM2 (Bernal et al., 2018; Carrasco, 2023). La evidencia actual demuestra que el choque séptico en pacientes con DM2 presenta un pronóstico sustancialmente grave, con mayores tasas de mortalidad observadas en comparación de pacientes no diabéticos (Shao et al., 2024).

Diversos factores influyen en el pronóstico de las personas con DM2 que desarrollan choque séptico, diversos elementos se han identificado como determinantes clínicos relevantes. Entre ellos destacan

la edad avanzada, el foco de infección, la presencia de comorbilidades, el consumo de alcohol y tabaco, los cuales tienen un impacto negativo en la evolución clínica y en la respuesta al tratamiento de la sepsis y el choque séptico (Akinosoglou et al., 2021).

La edad avanzada emerge como un predictor primordial para el riesgo de disfunción orgánica y tasas de mortalidad superiores en comparación de pacientes más jóvenes, incluso después del ajuste por comorbilidades y gravedad de la enfermedad (Martínez, 2015; Michels et al., 2022). Estudios han demostrado que en pacientes con DM2 con sepsis o choque séptico mayores de 65 años, se asocia con un aumento de mortalidad a 30 días (Wei et al., 2021). Asimismo, las infecciones recurrentes son determinantes para el pronóstico de la DM2, infecciones del tracto urinario, pulmonares y abdominales incrementan el riesgo de hospitalización y muerte (Bernal et al., 2018; Gorordo-Del-sol et al., 2020; Wang et al., 2024). Además, estudios demuestran que la mortalidad por sepsis de origen pulmonar es mayor a las tasas de origen urinario o abdominal en pacientes con DM2 (Fay et al., 2020; Merlan et al., 2021; Liu et al., 2022).

Adicionalmente, las comorbilidades metabólicas y cardiovasculares juegan ser un papel determinante que suelen ser diadas de la DM2 (He et al., 2023; Fan et al., 2024), estas condiciones exacerban de manera sinérgica el deterioro clínico, elevando los riesgos de descompensación, sepsis y muerte (Michels et al., 2022). Entre ellas, la hipertensión arterial y obesidad se asocian significativamente con la probabilidad de muerte (Yeo, et al., 2019; Zhang et al., 2023). Factores modificables, como el consumo de alcohol y tabaco suelen subestimarse en esta población. El consumo crónico o abusivo del alcohol se asocia con alteraciones cardiovasculares (arritmias y disfunción ventricular coronario) y resistencia a la insulina, debido a su impacto en los mecanismos pancreáticos y hepáticos que alteran la gluconeogénesis y el metabolismo glucídico (Moreno et al., 2019; Chiva Blanch & Badimon, 2020). Además, la interacción de alcohol- metformina aumenta el riesgo de presentar acidosis láctica e hipoglucemias severas (FID, 2020) y el consumo de tabaco, especialmente la nicotina interfiere en la liberación de insulina pancreática, generando un aumento de los niveles de insulina en sangre (Chen et al., 2023).

A pesar de la evidencia sobre su impacto en la mortalidad en pacientes con DM2 con choque séptico sigue siendo limitada. Por lo ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar los factores como la edad, foco de infección, tipo de comorbilidad, consumo de ta-

baco y alcohol están asociados a la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo II con choque séptico. Los hallazgos del presente estudio aportaran evidencia valiosa para guiar estrategias de prevención, fundamentar programas educativos para el autocuidado y políticas de salud pública dirigidas a reducir la carga asociada a estas complicaciones en pacientes con DM2.

Metodología

Estudio descriptivo, asociación y retrospectivo (Grove & Gray, 2019) mediante la revisión de expedientes médicos físicos y electrónicos de un hospital público del estado de Campeche, México. Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que ingresaron al servicio de urgencias por choque séptico entre enero y diciembre del 2023. Se excluyeron expedientes de pacientes con alta voluntaria y trasladados a otra unidad médica. Se eliminaron registros con datos incompletos.

El tamaño muestral se determinó con el programa Open Epi, versión 3, considerando una potencia estadística del 80%, un nivel de significancia del 0.05 y una sensibilidad de puntaje GAP del 85 % para la predicción del riesgo de mortalidad. La muestra final quedó conformada por 86 expedientes clínicos. Muestreo probabilístico simple utilizando una tabla de números aleatorios.

Los datos se obtuvieron mediante la revisión retrospectiva de expedientes clínicos, utilizando una cédula de recolección que incluyó variables como la edad, sexo, consumo de alcohol y tabaco, presencia de comorbilidades (metabólica y cardiovascular), foco de infección y motivo de egreso.

El análisis estadístico, se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva con análisis de frecuencias y porcentaje y se empleó modelos de regresión logística binaria para calcular el Odds Ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%. Se empleó Bootstrap con 3,000 interacciones con un intervalo de confianza de 95% para la validación del modelo (Hair et al., 2004).

El estudio se ajustó a lo establecido al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014) y contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social con número de registro R-2024-401-012.

Resultados

La mayoría de la muestra eran del sexo masculino (53.5%) con una edad promedio de 67.30 años ($DE = 14.33$). En cuanto a las comorbilidades, el 39.5 % presentaba alguna afección de tipo cardiovascular y el 52.3% tenía un foco de infección del tracto urinario. Con respecto al consumo de sustancias, el 46.5 % reportó consumir alcohol mientras que el 64.0 % no eran fumadores. Finalmente, el 59.3 % de los pacientes falleció durante la estancia hospitalaria (ver Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de variables de interés

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	74	86.0
Mujer	12	14.0
Consumo de alcohol		
Si	40	46.5
No	46	53.5
Consumo de tabaco		
Si	31	36.0
No	55	64.0
Comorbilidad		
Metabólica	23	26.7
Cardiovascular	34	39.5
Metabólica y cardiovascular	17	19.8
Ninguna	12	14.0
Foco de infección		
Urinario	45	52.3
Abdominal	11	12.8
Pulmonar	26	30.2
Partes blandas	2	2.3
Hematógeno	1	1.2
Meníngeo	1	1.2
Egreso		
Por defunción	51	59.3
Por mejoría	35	40.7

Fuente: $n = 86$ expedientes clínicos. Elaboración propia.

El análisis multivariado reveló que los usuarios con una menor edad, presencia de comorbilidad cardiovascular y presencia de ambas comorbilidades (metabólica y cardiovascular) mostraron una probabilidad significativa mayor de mortalidad (ver Tabla 2).

Tabla 2. Modelo multivariado de la mortalidad en pacientes diabéticos tipo II

Característica	OR	IC 95%		p
		LI	LS	
Edad	.953	.918	.989	.011
Foco de Infección	.835	.543	1.285	.413
Comorbilidad				
Metabólica	8.03	.927	69.67	.059
Cardiovascular	10.62	1.36	82.74	.024
Metabólica y cardiovascular	10.30	1.07	99.12	.043
Consumo de tabaco	1.84	.678	5.023	.230
Consumo de alcohol	.768	.280	2.107	.608

Fuente: n= 86 expedientes clínicos. Elaboración propia.

En el análisis de regresión logística multivariante con técnica Backward, reveló que una menor edad está asociado a una mayor probabilidad de muerte ($OR = .954, p = .010$) Asimismo, la presencia de una comorbilidad cardiovascular ($OR = 8.55, p = .025$) están asociadas a la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo II (ver Tabla 3), especificarte la hipertensión arterial ($OR = 3.52, p = .022$) (ver Tabla 4).

Tabla 3. Modelo multivariado con técnica Backward de la mortalidad en pacientes diabéticos tipo II

Variable	Modelo 1				Modelo 2			
	OR	IC 95%		p	B	IC 95%		p
		LI	LS			LI	LS	
Edad	.954	.920	.989	.010	-.04	-.102	-.009	.017
Comorbilidad								
Metabólica	5.28	.760	36.79	.093	1.66	.299	21.24	.019
Cardiovascular	8.56	1.30	56.30	.025	2.14	.957	21.57	.003
Metabólica y cardiovascular	7.75	.971	61.88	.053	2.04	.49	21.58	.005

Fuente: n = 86 expedientes clínicos. Elaboración propia. Modelo 2 bajo la técnica de Boostrap.

Tabla 4. Modelo multivariado de mortalidad con el tipo de comorbilidad cardiovascular

Variable	Modelo1				Modelo 2			
	OR	IC 95%	p	B	IC 95%	p		
Edad	.961	.929	.995	.025	-.039	-.090	-.006	.024
Comorbilidad cardiovascular								
Hipertensión arterial sistémica	3.52	1.19	10.39	.022	1.261	.172	2.72	.201
Cardiopatía isquémica	.383	.040	3.63	.403	-.960	-20.93	1.24	.239
Insuficiencia cardiaca congestiva	2.37	.610	9.27	.212	.866	-.655	2.54	.235

Fuente: n = 86 expedientes clínicos. Elaboración propia. Elaboración propia. Modelo 2 bajo la técnica de Boostrap.

Discusión

El estudio tuvo como objetivo determinar si la edad, foco de infección, tipo de comorbilidad, consumo de tabaco y alcohol están asociados a la mortalidad en personas con diabetes mellitus tipo II con choque séptico. Los resultados revelaron un perfil sociodemográfico y clínico caracterizado por un predominio del sexo masculino y una edad avanzada, lo que difiere con estudios en México, que reportan una mayor proporción de mujeres con DM2 y edad inferior a los 65 años (Torres-soto et al., 2023; Rodríguez-garcía et al., 2024; Yamasak- Ramos, 2024). Esta discrepancia podría explicarse por: 1) el mayor uso de servicios preventivos por parte de las mujeres, lo que facilita su diagnóstico temprano y un control, reduciendo sus complicaciones a largo plazo (Meza et al., 2018) y 2) la tendencia de un diagnóstico tardío en hombres, asociado a una menor búsqueda de atención médica en fases iniciales, lo que condicionaría su identificación en edades más avanzadas y con complicaciones ya establecidas (Meza et al., 2018).

En relación con la presencia de comorbilidades, se encontró una alta prevalencia de enfermedades asociadas, destacando las afecciones cardiovasculares y metabólicas. Resultados que coinciden con lo reportado en estudios previos, que señalan que la DM2 suele presentarse junto con otras patologías (Arellano-Sosa et al., 2025; Vazquez-lopez et al., 2023; Rodríguez-García et al., 2024), debido a mecanismos fisiopatológicos compartidos, como la resistencia a la insulina, inflamación crónica y estrés oxidativo.

Por lo que respecta al consumo de alcohol y tabaco, se observó un consumo prevalente de alcohol en este grupo poblacional, hallazgo que concuerda con investigaciones previas en grupos poblacionales similares (López-Vázquez et al., 2023; Telumbre-Terrero et al., 2024; Hernández-Vera et al., 2025). Esta similitud podría ser por: 1) factores socioculturales como la normalización de consumo como expresión de masculina, aspecto relevante dado el predominio masculino en la muestra de estudio (Zamboanga et al., 2025) y 2) factores conductuales, como el desarrollo de patrones de consumo posterior al diagnóstico, posiblemente asociados a mecanismos de afrontamiento inadaptados ante la dificultad de aceptación de la condición crónica (Cook et al., 2024).

El foco de infección más prevalente fue el de tipo urinario, lo que se alinea con lo reportado en estudio previos que identifican que las infecciones del tracto urinario son frecuentes en pacientes con DM2

(Hernandez-Vera, 2024; Qasrawi et al., 2022; Gutiérrez-Alba et al., 2024). Esta tendencia podría explicarse por la glucosuria persistente y la alteración del sistema inmunológico asociado a la hiperglucemia crónica, condiciones que favorecen el crecimiento bacteriano y la colonización del tracto urinario. No obstante, algunos autores han planteado que esta asociación podría no deberse exclusivamente a la fisiopatología de la DM2, sino al uso prolongado de ciertos medicamentos hipoglucemiantes, que incrementan la excreción de glucosa y, con ello el riesgo de infecciones urinarias (Ergon et al., 2022; Tai et al., 2025).

Los hallazgos demuestran que los pacientes con DM II y choque séptico presentaron mayor mortalidad, lo que coincide en estudios realizados en México con resultados similares (González-Escudero et al., 2020; Gordon-Del sol et al., 2020). Sin embargo, estos resultados difieren del estudio de Jin et al. (2025) que reportó una mayor supervivencia, atribuida a la administración de metformina dentro de las primeras 48 horas posterior al diagnóstico de choque séptico. Esta discrepancia entre estudios podría por diferentes factores como la diferencia de protocolos de manejo clínico, la variabilidad de perfil metabólico basal de los pacientes o el efecto de intervenciones farmacológicas tempranas.

En el análisis multivariante se encontró que una menor edad se asoció con la mayor probabilidad de muerte, lo que concuerda con el estudio de Yao et al. (2024) quienes reportaron mayor probabilidad de muerte en pacientes con DM2 menores de 65 años. Esto podría explicarse de forma conductual, las personas más jóvenes suelen subestimar su condición crónica, lo que conlleva un menor seguimiento médico y peor control glucémico (Wong et al., 2024). Además, que suele presentar mayores complicaciones microvasculares tempranas frente a las complicaciones microvasculares predominante en adultos mayores (Unnikrishnan et al., 2017; Arslanian et al., 2018).

La presencia de comorbilidad cardiovascular evidenció una fuerte asociación con la mortalidad en pacientes con DM2, emergiendo la HTA como el único predictor específico significativo. Lo que coincide con estudios previos que reportan que las enfermedades cardiovasculares, especialmente la HTA, incrementan significativamente la probabilidad de muerte (Zhang et al., 2023). Esto puede explicarse por el efecto sinérgico de ambas condiciones en el daño vascular, promoviendo aterosclerosis, inflamación y disfunción endotelial (Jia et al., 2021). Lo anterior respalda la necesidad de enfoques integrales que consideren

no solo el control glucémico, sino también la identificación y manejo oportuno de las enfermedades coexistentes.

Es importante mencionar las limitaciones del estudio, en primer lugar, el tamaño muestral reducido, lo que limita la generalización de resultados. Otro, el diseño retrospectivo que conlleva posibles sesgos de información en datos importantes como el uso de intervenciones terapéuticas, el tiempo de estancia hospitalaria y el tiempo de evolución de la enfermedad crónica, variables que se sugieren incluir en estudios futuros.

A pesar de estas limitaciones, los resultados subrayan la necesidad de desarrollar estrategias multidisciplinarias que permitan tratar los factores modificables y mejorar los desenlaces clínicos para reducir la mortalidad en pacientes con DM2

Conclusión

El presente estudio identificó que la hipertensión arterial sistémica constituye un factor de riesgo asociado a la mortalidad en pacientes con DM2 con choque séptico. Los resultados destacan la relevancia clínica de las comorbilidades cardiovasculares, particularmente la HTA en el pronóstico de esta población vulnerable, que podría servir como marcador clínico para identificar aquellos con mayor vulnerabilidad a desenlaces fatales.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de monitorización intensiva en pacientes sépticos con DM2 y HTA para el desarrollo de protocolos clínicos en el manejo integral de las comorbilidades cardiovasculares en este grupo específico. Además, la identificación de esta asociación da apertura a nuevas líneas de investigación para explorar los mecanismos fisiopatológicos y evaluar las intervenciones terapéuticas empleadas en el pronóstico de esta población.

Referencias

Akinosoglou K., Kapsokosta G., Mouktaroudi M., Rovina N., Kaldis V., Stefanos A., Kontogiorgi M., Giamarellos-Bourboulis E., Gogos C. (2021). Hellenic Sepsis Study Group. Diabetes on sepsis outcomes in non-ICU patients: A cohort study and review of the literature. *J Diabetes Complications*. *Epub*, 35(1).

- Arellano Sosa, A. T., Zurita Paucar, P. A., Sinchi Vivas, N. M., Barzola Troya, B. B., Jaramillo Alaleo, A. E., & Alban Rivera, S. Y. (2025). Comorbilidad, Adherencia y Calidad de Vida en Personas con Diabetes Tipo 2: Estudio Comparativo en Población Urbana y Rural. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica*, 5(2), 1262–1283. <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v5i2.1205>
- Arslanian, S., Bacha, F., Grey, M., Marcus, M. D., White, N. H., & Zeitler, P. (2018). Evaluation and Management of Youth-Onset Type 2 Diabetes: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 41(12), 2648–2668. <https://doi.org/10.2337/dci18-0052>
- Asociación Americana de Diabetes. (2020). Alcohol and Diabetes. <https://www.diabetes.org/healthy-living/medication-treatments/alcohol-diabetes>
- Bernal MH., Martín MJA., Lucas EH., Martín BC. (2018). Criterios de ingreso hospitalario y en la Unidad de Cuidados Intensivos de un paciente séptico. *Medicine*, 12(52). Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218300684>
- Carrasco ADO. SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO [Internet]. Org. bo. [cited 2023 Jul 26]. Available from: Centro de Prevención y Control de Enfermedades.
- Chen, Z., Liu, X. A., & Kenny, P. J. (2023). Central and peripheral actions of nicotine that influence blood glucose homeostasis and the development of diabetes. *Pharmacological research*, 194, 106860. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2023.106860>
- Chiva-blanch, G. & Badimon, L. (2020). Benefits and risks of moderate alcohol consumption on cardiovascular disease: Current findings and controversies. *Nutrients*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/NU12010108>
- Cook S., Osborn D., Mathur R., Forbes H., Parekh R., Maini A., Neves AL., Gnani S., Beaney T., Walters K., Saxena S., & Quint JK. (2024). Is alcohol use disorder associated with higher rates of depression and anxiety among people with new onset type 2 diabetes? A cohort study using linked primary care data in England. *BMC Prim Care*, 30; 25(1). doi: 10.1186/s12875-024-02628-6. PMID: 39478484; PMCID: PMC11523581.
- Diario Oficial de la Federación. (2010). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. México*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

- Erdogan BR., Liu G., Arioglu-Inan E., Michel MC. (2022). Established and emerging treatments for diabetes-associated lower urinary tract dysfunction. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*. 2022;395(8): 887-906. <https://doi.org/10.1007/s00210-022-02249-9>.
- Escobar-salinas J. & Ortiz-Torres S. (2021). Factores asociados a la mortalidad en pacientes con sepsis y choque séptico de la unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital de Paraguay, Universidad Nacional de Itapúa. Recuperado de: [ttp://file:///C:/Users/ece020.hgz00138/Downloads/2312-3893-spmi-8-02-44.pdf](http://file:///C:/Users/ece020.hgz00138/Downloads/2312-3893-spmi-8-02-44.pdf)
- Fay K., Sapiano MRP., Gokhale R. (2020). Assessment of Health Care Exposures and Outcomes in Adult Patients With Sepsis and Septic Shock. *JAMA Netw Open*, 3(7). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.6004
- Gorordo-Delsol, L. A., Merinos-Sánchez, G., Estrada-Escobar, R. A., Medveczky-Ordoñez, N. I., Amezcua-Gutiérrez, M. A., Morales-Segura, M. A., & Uribe-Moya, S. E. (2020). Sepsis y choque séptico en los servicios de urgencias de México: estudio multicéntrico de prevalencia puntual. *Gaceta médica de México*, 156(6), 495-501.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7ª Ed). Elsevier España
- Gutiérrez-Alba, G., Montero-Mora, J. G., Gutiérrez-Polo, R., Ramírez-Cabrera, J. B., & Castro-Miranda, B. (2024). Enfermedad renal en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2 y sus características sociodemográficas. *Salud Pública De México*, 66(6), 788-797. <https://doi.org/10.21149/15702>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2004). *Análisis multivariante*. (5ta Ed). Pearson Prentice Hall.
- Hernández-Vera, Brenda Berenice., Morales-Pineda, Guadalupe Ximena., Calderón-Lucas, José Fabián., Gómez-Franco, Tania Lizbeth., & García-Martínez, Acho Federico. (2024). Correlación de la severidad de los síntomas del tracto urinario inferior con la diabetes mellitus en población masculina. *Revista mexicana de urología*, 84(3). <https://doi.org/10.48193/nxamkx38>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Comunicación social características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020.
- International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. Novena ed.: FID; 2019

- Jia, G., & Sowers, J. R. (2021). Hypertension in Diabetes: An Update of Basic Mechanisms and Clinical Disease. *Hypertension*, 78(5), 1197–1205. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.17981>
- Jiang, L., & Cheng, M. (2022). Impact of diabetes mellitus on outcomes of patients with sepsis: an updated systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 14(1), 39.
- Jin BY., Lee S., Kim W., Park JH., Cho H., Moon S., Ahn S. (2025). Association of metformin administration after septic shock with short-term and long-term survival in septic shock patients with diabetes. *Ann Intensive Care*. 21;15(1):68. doi: 10.1186/s13613-025-01490-8. PMID: 40394230; PMCID: PMC12092871.
- Koh GCKW., Peacock SJ., Van der Poll T., Wiersinga WJ. (2012). El impacto de la diabetes en la patogénesis de la sepsis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 31(3):79–88.
- Liu YC., Yao Y., Yu MM., Gao YL., Qi AL., Jiang TY., Chen ZS., Shou ST., Chai YF. (2022). Frequency and mortality of sepsis and septic shock in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*, 22(1):564. doi: 10.1186/s12879-022-07543-8. PMID: 35729526; PMCID: PMC9210671.
- Martínez, J. (2015). ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2? Guía De Actualización En Diabetes, 16–18. <https://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>
- Merlán M., Ferrer E., González I M. (2021). Relación entre el diagnóstico precoz y la mortalidad por sepsis: nuevos conceptos. *Medicentro*, 25(2):265–90. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000200265
- Mesa M. S. (2018). Health Care Disparities Between Men and Women with Type 2 Diabetes. *Preventing chronic disease*, 15, E46. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170120>
- Michels EHA., Butler JM., Reijnders TDY., Cremer OL., Scicluna BP., Uhel F., Peters-Sengers H., Schultz MJ., Knight JC., van Vught LA., Van der Poll T. (2022). MARS consortium. Association between age and the host response in critically ill patients with sepsis. *Crit Care*, 13;26(1):385. doi: 10.1186/s13054-022-04266-9. PMID: 36514130; PMCID: PMC9747080.
- Miguel-Reyes, X. A., Miguel-Reyes, J. A., Urióstegui-Acosta, M. O., & Barlandas-Rendón, N. R. E. (2024). Riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes en dos poblaciones de Guerrero, México. *Rev Mex Patol Clin*, 71(1).

- Moreno, E. R., Ramos, Z. G. C., Rico, J. A., Ledezma, J. C. R., Ramírez, L. A. R., & Moreno, E. R. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(10), 1011–1021. <https://doi.org/10.19230/JONNPR.3068>
- Qasrawi H., Tabouni M., Almansour SW., Ghannam M., Abdalhaq A., Abushamma F. (2022). An evaluation of lower urinary tract symptoms in diabetic patients: a cross-sectional study. *BMC Urology*, 22(1):178. <https://doi.org/10.1186/s12894-022-01133-1>.
- Shao Y., Shao F., Zhou J., Fang S., Zhu J., Li F. (2024). The association between hypoglycemia and mortality in sepsis and septic shock: A systematic review and meta-analysis. *Adv Clin Exp Med*. 33(3):197–205. doi: 10.17219/acem/166656. PMID: 37386859.
- Singer M., Deutschman CS., Seymour CW., Shankar-Hari M., Annane D., Bauer M, et al. (2016). Tercer consenso internacional sobre definiciones de sepsis y choque séptico (sepsis-3). *JAMA*, 315:801–10.
- Tai HC., Tai TY., Yang WS., Wang SW., Yu HJ. (2016). Associations between lower urinary tract dysfunction and glycemic control in women with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 30(3): 415–419. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.01.002>.
- Telumbre-Terrero, Juan Yovani., Maas-Góngora, Lucely., Castillo-Arcos, Lúbia del Carmen., Noh-Moo, Pedro Moisés., & Peralta-Barrientos, Jazmín de Fátima. (2024). Autotrascendencia y patrón del consumo de alcohol o tabaco en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. *Index de Enfermería*, 33(4), e14903. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246902>
- Torres Soto, Nissa Yaing., Medina Fernández, Josué Arturo., Rojas Armadillo, María de Lourdes., Medina Fernández, Isai Arturo., Martínez Ramírez, Beatriz., Orozco González, Claudia Nelly., & Suárez Lara, Gabriela Alejandrina. (2023). Ambiente hospitalario, funcionamiento familiar y afrontamiento activo como predictores de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Acta universitaria*, 33, e3753. <https://doi.org/10.15174/au.2023.3753>
- Unnikrishnan, R., Anjana, R. M., Amutha, A., Ranjani, H., Jebarani, S., Ali, M. K., Narayan, K., & Mohan, V. (2017). Younger-onset versus older-onset type 2 diabetes: Clinical profile and

- complications. *Journal of diabetes and its complications*, 31(6), 971–975. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.03.007>
- Velázquez-López, Lubia., Alva-Santana, David., Ocaña-Patiño, Adriana., Escobedo de la Peña, Jorge., & Goycochea-Robles, M. Victoria. (2023). Mayor grasa corporal, inactividad física e hipertensión arterial se asocian a una pobre calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Cirugía y cirujanos*, 91(2), 171–178. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000441>
- Wang S, Zhao S, Jin S, Ye T, Xinling P. Sepsis risk in diabetic patients with urinary tract infection. *PLoS One*. 2024 May 21;19(5):e0303557. doi: 10.1371/journal.pone.0303557. PMID: 38771840; PMCID: PMC11108167.
- Wei X., Min Y., Yu J., Wang Q., Wang H., Li S, Su L. (2021). Admission Blood Glucose Is Associated With the 30-Days Mortality in Septic Patients: A Retrospective Cohort Study. *Front Med (Lausanne)*, 28(8): 757061. doi: 10.3389/fmed.2021.757061. PMID: 34778320; PMCID: PMC8581133.
- Wong, S. K. W., Soon, W., Griva, K., & Smith, H. E. (2024). Diabetes knowledge, self-efficacy and dietary, psychological and physical health barriers: Comparing young and usual-onset type 2 diabetes. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 41(3), e15207. <https://doi.org/10.1111/dme.15207>.
- Yamasaki RYH., Ramales MEM., Montaña EJÁ. (2024). Control glucémico con insulinas basales en diabéticos tipo 2 hospitalizados. *Med Int*, 40(07):401–406.
- Yao Y., Wang B., Geng T., Chen J., Chen W., Li L. (2024). The association between TyG and all-cause/non-cardiovascular mortality in general patients with type 2 diabetes mellitus is modified by age: results from the cohort study of NHANES 1999–2018. *Cardiovasc Diabetol*, 23(1):43. doi: 10.1186/s12933-024-02120-6. PMID: 38281973; PMCID: PMC10823741.
- Yeo QM., Hammond DA., Li C., Olsen KM. (2019). Impact of chronic hypertension on time to goal means arterial pressure and clinical outcomes in critically ill patients with septic shock requiring vasopressors. *J Crit Care*, 49:143–148. doi: 10.1016/j.jcrc.2018.10.024.
- Zamboanga, B. L., Newins, A. R., Van Hedger, K., Walukevich-Dienst, K., Heim, D., Ham, L. S. & McClain, P. (2025). “Drink like a man!” masculine drinking norms, alcohol protective

behavioral strategies, and severity of hazardous alcohol use among college men. *Journal of Counseling Psychology*.

Zhang L., Fang L., Lihua H., Li C. (2023). Association between obesity and 1-year mortality in septic patients: a retrospective cohort study. *BMJ*, 10;13(2). doi: 10.1136/bmjopen-2022-066526. PMID: 36764727; PMCID: PMC9923324.

Capítulo 23. Factores psicosociales y riesgo de suicidio en estudiantes del área de la salud

MIREYA DEL CARMEN GONZÁLEZ ÁLVAREZ
NANCY GRISELDA PÉREZ BRIONES
DAFNE ASTRID GÓMEZ MELASIO
IDALIA MARGARITA HERRERA-GARIBAY
ANAHÍ RUIZ LARA

Introducción

Cada año, las estadísticas internacionales evidencian que mueren más personas por suicidio que por VIH, malaria, cáncer de mama, conflictos armados y homicidios. En el año 2019, ocurrieron cerca de 703,000 suicidios y muchas personas más intentaron hacerlo. De los suicidios consumados, el 77% fueron en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En relación con lo anterior, el suicidio es un problema de salud pública que ocurre cada 40 segundos, siendo la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años solo por debajo de los siniestros viales, la violencia interpersonal y la tuberculosis. La situación no es diferente para la Región de las Américas, debido a que ocupa el tercer lugar de mortalidad entre los jóvenes de 20 a 24 años (OMS, 2021a; OMS, 2021b).

En lo que respecta a México, en 2020 se registraron 7,818 defunciones por lesiones autoinfligidas, lo que correspondió al 0,7% del total de muertes ocurridas en ese año y a una tasa de 6,2 por cada 100,000 habitantes. Esta cifra resulta más elevada en el grupo etario de 18 a 29 años, donde la tasa alcanzó 10,7 decesos por esta causa por cada 100,000 jóvenes. Asimismo, en 2018, el 5% de la población de 10 años y más declaró haber tenido alguna vez ideación suicida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

El suicidio a través del tiempo ha sido objeto de poca visibilidad, rodeado por estigmas, tabúes y mitos. Cada episodio suicida constituye una tragedia con repercusiones profundas no sólo para el individuo, sino también para el entorno familiar y comunitario. Desde que la

Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia en marzo de 2020, un número creciente de estudiantes ha venido enfrentando diversos factores psicosociales como ansiedad, depresión, cansancio emocional y estrés académico, que son condiciones de riesgo que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas, y por ende al aumento de la problemática de suicidio (OMS, 2021).

La situación no es diferente para México, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en su documento “Health at a Glance 2021” señala que la prevalencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión se ha incrementado en comparación con los niveles registrados antes de la pandemia de COVID-19, con aumentos significativos en países como México, Reino Unido y los Estados Unidos (Guanais, 2021).

Cabe mencionar, que los diferentes cambios atraídos en los estudiantes en el área de la salud a consecuencia de la COVID-19, es la alta demanda de adaptación a las nuevas modalidades de estudio que por ende condiciona la presencia de factores psicosociales que repercuten en el bienestar de dicha población. Por ejemplo, el cansancio emocional se relaciona con la experiencia del estrés producido en el entorno académico que, a su vez, se asocia con una aminoración de los elementos de afrontamiento emocionales y físicos, que son un parteaguas para que se presenten ansiedad y depresión; lo que hace que los estudiantes aumenten el consumo de sustancias psicoactivas para reducir tanto el estrés, como el cansancio emocional, ansiedad y depresión (Oprisan et al., 2022).

Por otra parte, se ha estudiado el vínculo entre el suicidio y los factores psicosociales, en los que se refiere que numerosos episodios ocurren en individuos que actúan de manera impulsiva en situaciones de crisis, en las cuales sus recursos de regulación emocional se encuentran debilitados para afrontar presiones derivadas de dificultades económicas, separaciones de pareja o padecimientos físicos persistentes como enfermedades crónicas y terminales (OMS, 2021). En este contexto, la presencia de ciertos factores psicosociales en los estudiantes del área de la salud, no se limitan en el daño personal a su salud, sino que repercute afectando a la calidad de la atención brindada y al bienestar de su entorno sociofamiliar afectivo.

Por todo lo anterior, es imperante y una prioridad de salud pública realizar estudios de investigación que midan la relación de los factores psicosociales en el riesgo de suicidio de la mencionada población estudiantil con el fin de buscar estrategias para prevenirlo con eficacia y

con un abordaje integral, que incluya el cuidado biopsicosocial espiritual para crear vínculos sociales, promover la toma de conciencia y ofrecer esperanza.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo-correlacional (Grove & Gray, 2019). La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de medicina y enfermería que no se encuentran bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, mayores de 18 años, matriculados de primer a octavo semestre en una universidad pública de Saltillo Coahuila. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, obteniéndose 203 respuestas mediante el formulario y se aplicaron los criterios de elegibilidad en los datos recolectados quedando una muestra de 152 participantes.

Se solicitó aprobación por el Comité de la UNICLA, una vez aprobado se entregó copia de los dictámenes y se solicitó la autorización a cada unidad académica. Posterior al permiso, se procedió a elaborar un enlace digital en Microsoft Forms que incluyó el consentimiento informado y los instrumentos. El vínculo fue enviado a través del correo institucional durante los meses de septiembre a octubre de 2024.

Para obtener las características de los participantes se diseñó una cédula de datos sociodemográficos que incluyó sexo, edad, carrera, semestre, estado civil, ocupación, número de horas trabajadas por semana, tipo de familia, prevalencias globales, lápsicas y actuales de consumo de alcohol y tabaco.

Los factores psicosociales fueron medidos a través de los siguientes instrumentos:

Ansiedad y Depresión: Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg para medir la ansiedad y depresión. El instrumento posee una sensibilidad del 83% y una especificidad del 81.8% (González-Benitez, et al., 2020) y consta de 18 ítems con opciones de respuesta dicotómica (sí/no). Los primeros nueve ítems están destinados a la identificación de síntomas de ansiedad mientras que los restantes evalúan los depresivos. Cada subescala se organiza en dos bloques: un primer grupo de cuatro reactivos que permiten determinar la probabilidad de la presencia de un trastorno mental y un segundo grupo de cinco reactivos que se aplican únicamente cuando se cumplen ciertos criterios en las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad,

1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión.

Cansancio Emocional: Se utilizó la Escala de Cansancio Emocional [ECE] de Domínguez (Domínguez Lara, 2014), para medir el cansancio emocional derivado de las obligaciones del entorno educativo. La escala consta de diez reactivos y posee un Alpha de Cronbach de .83. Los reactivos se evalúan en una escala tipo Likert que va de 1 a 5 (de raras veces a siempre), considerando el último año de estudiante. La sumatoria obtenida total en la escala va entre los 10 y los 50 puntos. La interpretación de las puntuaciones es la siguiente: Puntuación mayor a 25 (Cansancio Emocional).

Estrés académico: Se utilizó el Inventario de SISCO (Sistema Cognoscitivista) que posee una consistencia interna de .90 y una confiabilidad por mitades de .87. (Barraza-Macias, 2007). El instrumento está integrado por 31 ítems distribuidos en diferentes parámetros de medición. Un ítem de filtro dicotómico (sí-no) para determinar si es candidato para contestar el inventario, otro que identifica el nivel de intensidad, ocho que permiten identificar los estímulos estresores, 15 ítems que evalúan la presencia de síntomas o reacciones al estímulo estresor y seis reactivos que miden las estrategias de afrontamiento. Los puntos de corte van de 0-33 es nivel leve, el moderado de 34-66 y severo de 67-100.

Por otra parte, el riesgo de suicidio se midió a través de la Escala de Okasha para la Suicidalidad (EOS) tiene una alfa de Cronbach de .87 y consta de 4 ítems (Campo-Arias, 2019). Los primeros tres reactivos se evalúan con respuestas que se puntúan de 0 a 3: nunca, algunas veces, muchas veces. El ítem de intento de suicidio también se evalúa de 0 a 3 puntos: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La sumatoria total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntaje mayor suicidalidad.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico para Windows "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)" en su Versión 27, se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes, así como las medidas de centralización y variabilidad para identificar las características de los participantes y las variables de estudio. Por último, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, y de acuerdo con su resultado se eligió el tipo de estadística inferencial a utilizar.

El presente estudio se apegó a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos dispuestos en la Ley General de Salud en Materia

de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 1987), respetándose la dignidad, la protección de sus derechos, privacidad y bienestar, así como, la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) para garantizar la integridad, respeto y protección de los participantes

Resultados

De acuerdo con las características de los participantes, se obtuvo una edad promedio de 19 años (=19.34, DE=1.715) edades establecidas entre los 18 y 29; el 73.7% (f=112) pertenece al sexo femenino y el resto al masculino. La carrera que más predominó fue enfermería con un 55.9% (f=85) y el resto cursan medicina. Por lo que se refiere al semestre académico el 35.5% (f=54) son de primero, el 5.3% (f=8) de segundo, el 29.6% (f=45) de tercero, el .7% (f=1) de cuarto, el 12.5% (f=19) de quinto, el 10.5% (f=16) de sexto, el 3.3% (f=5) de séptimo y el 2.6% (f=4) de octavo.

Con respecto al estado civil el 74.3% (f=113) son solteros, el 1.3% (f=2) son casados, el 22.4% (f=34) tiene una relación de noviazgo y el 2% (f=3) vive en unión libre. Por lo que se refiere a la ocupación solamente el 23% (f=35) refiere trabajar y estudiar; de los cuales tienen un promedio de 28 horas por semana (=27.89, DE=16.593).

Por lo que se refiere al tipo de familia, el 69.1% (f=105) vive en una familia nuclear, el 9.9% (f=15) en una monoparental, el 0.7% (f=1) en una homoparental, el 8.6% (f=13) en una extensa, el 1.3% (f=2) en una reconstituida, el 5.9% (f=9) vive sólo, el 2% (f=3) con amigos y el 2.6% (f=4) con su novio/a.

En la tabla contigua (Tabla 1), se puede observar que el 78.3% (f=119) refiere ansiedad, el 85.5% (f=130) depresión y el 73% (f=111) cansancio emocional.

Tabla 1. Prevalencia de ansiedad, depresión y cansancio emocional

Variables	Sí		No	
	f	%	f	%
Ansiedad	33	21.7	119	78.3
Depresión	22	14.5	130	85.5
Cansancio Emocional	41	27	111	73

Nota. f=Frecuencia, %=Porcentaje, n=152

Por lo que se refiere al estrés académico solamente el 78.9% ($f=120$) de los participantes refieren haber tenido momentos de preocupación y nerviosismo durante el semestre en curso. Dentro de los cuales, el 2.5% ($f=3$) manifiesta estrés leve, el 54.2% ($f=65$) moderado y el 43.3% ($f=52$) severo (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de estrés académico

Variables	Leve		Moderado		Severo	
Estrés Académico	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	3	2.5	65	54.2	52	43.3

Nota. *f*=Frecuencia, %=Porcentaje, $n=120$

Por otro lado, para el riesgo de suicidio el 71.7% ($f=109$) manifiesta un riesgo leve, el 22.4% ($f=34$) moderado y el 5.9% ($f=9$) alto (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de riesgo de suicidio

Variables	Leve		Moderado		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Riesgo de Suicidio	109	71.7	34	22.4	9	5.9

Nota: *f*=Frecuencia, %=Porcentaje $n=152$

Se puede observar que el modelo de correlación de Spearman mostró una relación moderada estadísticamente significativa entre el riesgo de suicidio con los factores psicosociales de ansiedad ($r_s = .503$, $p<.01$), depresión ($r_s = .638$, $p<.01$), cansancio emocional ($r_s = .569$, $p<.01$) y estrés académico ($r_s = .492$, $p<.01$) (Tabla 4).

Tabla 4. Factores psicosociales y el riesgo de suicidio

Variables	1	2	3	4	5
Ansiedad	1.000	.649**	.672**	.638**	.503**
Depresión		1.000	.723**	.671**	.638**
Cansancio Emocional			1.000	.841**	.569**
Estrés Académico				1.000	.492**
Riesgo de Suicidio					1.000

Nota: ** $p < .01$, $n=152$

En síntesis, los resultados mostraron que más del 70% refieren ansiedad, depresión y cansancio emocional. Junto a ello, el estrés académico más prevalente fue de moderado a severo. De la relación entre las varia-

bles de estudio se muestra una correlación positiva y estadísticamente significativa del riesgo de suicidio con ansiedad, depresión, cansancio emocional y estrés académico.

Discusión

Es un hecho que la pandemia por la COVID-19 ha generado grandes consecuencias en los estudiantes universitarios no sólo físicas y económicas, si no también sociales, escolares y psicológicas como lo es la presencia de ansiedad, depresión, cansancio emocional y estrés académico, mismas que pueden contribuir a la vulnerabilidad del educando frente al riesgo de suicidio. En efecto, el presente estudio de investigación demuestra que más de las tres cuartas partes de los sujetos encuestados tienen ansiedad y un nivel no tan alejado de depresión (73%), situación parecida al estudio de Monterrosa-Castro et al. (2020) quien identificó ansiedad en casi la mitad de los participantes (49.8%) y depresión en una cantidad mayor (80.3%). Esto se puede contribuir al tiempo que se vivió con clases virtuales y la readaptación al contexto presencial.

Algo similar ocurre en Gutiérrez-Pastor et al. (2021) que, aunque la población de estudio se direccionó sólo a estudiantes de medicina tanto la ansiedad como depresión percibida en conjunto registraron una prevalencia de 73.3%. Para Aveiro-Róbaló et al. (2023) el alcance fue mayor dado que al incluir estudiantes de medicina a nivel Latinoamérica pudo comprobar que poco más del 87% presenta síntomas de ansiedad y casi el 67% tiene síntomas de depresión, sin embargo, cabe señalar que un pequeño porcentaje (13%) contaba con diagnósticos previos.

Bajo el análisis con instrumentos de medición distintos y que preservan las características de la población estudiada, el predominio de ansiedad y depresión es evidente como lo indica la investigación de Trunce et al. (2020) y Arévalo-García et al. (2020). En este sentido, la concordancia de los resultados se explica bajo la realidad del impacto que ha tenido la COVID-19 en la salud mental de los jóvenes (OPS, 2022), esto sin dejar de considerar los factores previos instaurados en los sujetos como los psicobiológicos, el contexto familiar, económico y sociocultural, por ejemplo (Monterrosa-Castro et al., 2020). Otros puntos de consideración en el análisis son los diagnósticos previos a la contingencia sanitaria y la alternativa de diagnósticos confirmatorios

en las investigaciones realizadas (Aveiro-Róbaló et al., 2023; Arévalo-García et al., 2020; Rodríguez-Quiroga et al., 2020).

En lo que corresponde al cansancio emocional y estrés académico, la frecuencia denotó valores elevados, 73% para el primero y en el segundo al menos ocho de cada diez participantes dijeron haber experimentado preocupación y nervios durante su semestre escolar actual. Tal como lo expone Araoz (2021), durante la pandemia por la COVID-19, la mayoría de los estudiantes se posicionaron en niveles moderado-altos de cansancio emocional (36.5%, 39.4%) incluso frente al significado desde una perspectiva y experiencia personal el sentimiento de cansancio se encuentra presente en los estudiantes del área de la salud con consecuencias a nivel escolar, sociofamiliar, psicológico y físico (Barreto Osma & Salazar Blanco, 2021).

Las repercusiones físicas también son evidentes para el estrés académico referido en Teque-Julcarima et al., (2020) quien encontró en los estudiantes de enfermería la prevalencia de un nivel moderado (78.3%) parecido al trabajo de Coavoy (2019) (68.3%) y Tlili et al. (2021) (64.4%). Tanto el cansancio emocional como el estrés académico emergen del contexto particular del individuo, sin embargo, la prevalencia tiende a explicarse bajo situaciones particulares como es el ambiente educativo que generan sobrecarga en el estudiante (Restrepo et al., 2020) sumado a la desestructuración de la rutina a causa de la pandemia, modificando el modelo educativo tradicional (González Velázquez, 2020).

Por otro lado, el riesgo de suicidio se encuentra presente, aunque en niveles leves (71.7%) parecido a los resultados de Auris Rivas (2022) con 69.5% y en el mismo nivel de riesgo. Otros autores han constatado que en al menos el 20% de los estudiantes universitarios el tema del suicidio encuentra presente (Acosta-Lalaleo, & Tiuma-Gómez, 2021; Gómez Tabares et al., 2019) aún si el análisis se enfoca solo en conocer si existe o no el riesgo, sin clasificarlo en algún nivel. Dado que se trata de un problema multifactorial, la frecuencia del riesgo de suicidio en esta etapa de la vida se puede asociar a los desafíos y demandas significativas que de ella se derivan como por ejemplo el rechazo social, pérdidas significativas, condiciones mentales e incluso el mismo estrés y fracaso académico (Yepes Sandoval et al., 2022).

Ahora bien, es imperante que en el abordaje de la problemática del suicidio se identifiquen tanto los factores de riesgo como los protectores (OPS, 2023) y en lo que respecta al enfoque del presente estudio se pudo constatar que tanto la ansiedad, depresión y cansancio

emocional están fuertemente relacionados al riesgo de suicidio, esto se puede notar en el trabajo de Tibán-Chimborazo (2023) quien refiere que las condiciones de salud mental de los estudiantes de enfermería concernientes al estrés, ansiedad y depresión se encuentran considerablemente asociadas a la mencionada problemática.

En cambio, para Ortiz-Fuentes et al. (2023) al analizar la depresión y la ansiedad, pudo mostrar que solo esta última se encuentra relacionada al riesgo de suicidio, aunque en la población universitaria fue evidente la presencia de niveles medio altos de depresión y la posibilidad de suicidio. Lo cierto es que existe una sólida evidencia entre la relación del acto suicida y las condiciones de salud mental alteradas y al actuar estas con otros factores clave, pueden intensificar la susceptibilidad hacia la manifestación de conductas suicidas o simplemente acontecer de manera impulsiva durante circunstancias críticas tales como situaciones de inestabilidad financiera (OPS, 2023).

Acerca de la relación entre el riesgo de suicidio y el estrés académico se encontró que fue positiva y en nivel moderado diferente a lo reportado en Bonilla-Rodríguez (2022) al referenciar que ambas variables se encuentran positivamente relacionadas, pero en un nivel débil. Es una realidad que los lazos tan estrechos que se establecen a partir de las variables estudiadas respecto a las tensiones académicas, la presencia de ansiedad y depresión y la gestación de pensamientos suicidas tienen el potencial de crear situaciones altamente peligrosas para el bienestar integral y trayectoria de los individuos jóvenes (Restrepo et al., 2020).

Como ya se ha mencionado, es imprescindible el abordaje de los factores que se relacionen con el riesgo de suicidio, puesto que la vulnerabilidad psicosocial que suele presentarse en la etapa adolescente repercute tanto en el riesgo como en el intento de este (Gómez Tabares et al., 2019), por lo que el conocimiento del contexto y la comprensión profunda de los factores que subyacen ante este problema de salud pública, son pieza clave para el desarrollo de futuras estrategias de carácter mitigatorio o preventivo.

Referencias

Acosta-Lalaleo KL, & Tiuna-Gómez RE. (2021). *Riesgo suicida asociado a niveles de calidad de vida de estudiantes. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, 2021* Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7916>

- Araoz, E. G. E. (2021). Emotional exhaustion in Peruvian university students during the COVID-19 pandemic. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, 14(33), e16542. <http://dx.doi.org/10.20952/revtee.v14i33.16542>
- Arévalo- García, E., Castillo-Jiménez, D.A., Cepeda I., López Pacheco J & Pacheco, R. (2019). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1).
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2013). Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Auris Rivas, S. U. (2022). *Regulación emocional y riesgo suicida en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Universidad Cesar Vallejo. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/95368/Auris_RSU-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Aveiro-Róbaló, T. R., Garlisi-Torales, L. D., Nati-Castillo, H. A., Valeriano Paucar, J. R., García-Arévalo, C. M., Ayala-Servín, N., Flores-Enriquez, J. F., Rios-González, C. M., & Rodriguez-Morales, A. J. (2023). Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de Latinoamérica durante la pandemia del COVID-19. *Revista De Salud Pública Del Paraguay*, 13(1), 40–45. Recuperado de <https://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/217>
- Barraza-Macias, A. (2007). El Inventario SISCO del estrés académico. *Investigación Educativa Duranguense*, 2(7), 89-93.
- Barreto Osma, D. A., & Salazar Blanco, H. A. (2021). Emotional exhaustion in university students within the health field. *Universidad y Salud*, 23(1), 30-39.
- Bonilla-Rodríguez, B. (2022). Ideación suicida y estrés académico en los estudiantes del área de la salud. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/4579ac23-e2a3-48a9-86c5-fe3e60d3cda>
- Campo-Arias, A., Zuñiga-Díaz, Z., Mercado-Marín, A., & García-Tovar, A. (2019). Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Revista cubana de salud pública*, 45, e1183. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45n1/e1183/>

- Coavoy Farfan, L. X. (2019). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de enfermería. Universidad Peruana Unión. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2627/Lady_Trabajo_Bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Domínguez Lara, S. (2014). Escala de Cansancio Emocional: estructura factorial y validez de los ítems en estudiantes de una universidad privada. *Avances En Psicología*, 22(1), 89–97. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n1.275>
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo Osorio, M. P., & Grisales Aguirre, A. M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 27(3).
- González-Benitez, A., Luna-Centeno, L., Alatríste, V., et al. (2020). Ansiedad y depresión en los estudiantes de licenciatura de ciencias naturales y exactas de la BUAP-México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/9413>
- González Velázquez, L. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios asociado a la pandemia por COVID-19. *Espacio I+D, Innovación más desarrollo*, 9(25). <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a10>
- Grove, S., & Gray, J. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier Health Sciences.
- Guanais F. (2021). *Panorama de la salud 2021. Lanzamiento del reporte Health at a Glance, 2021*. Disponible en: <https://www.oecd.org/costarica/Health-at-a-Glance-2021-How-do-LAC-compare.pdf>
- Gutiérrez Pastor, I., Quesada Rico, J. A., Gutiérrez Pastor, A. ., Nouni García, R., & Carratalá Munuera, M. C. (2021). Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.470371>
- Monterrosa-Castro, Á., Ordosgoitia-Parra, E., & Beltrán-Barrios, T. (2020). Ansiedad y depresión identificadas con la Escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud. *MedUNAB*, 23(3), 372-388. <https://doi.org/10.29375/01237047.3881>

- Oprisan, A., Baettig-Arriagada, E., Baeza-Delgado, C., & Martí-Bonmatí, L. (2022). Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiología*, 64(2), 119-127. *Radiología*, 2022; 64 (2): 119-127. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.09.003>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021a). *Suicidio*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021b) *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023). *Prevención del suicidio*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021) *Prevención del suicidio*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Ortiz-Fuentes, D. M., & Sanguino Barinas, M. F. (2023). Niveles de ansiedad y depresión como factores relacionados con el riesgo suicida en estudiantes universitarios del área de salud. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/items/6f5ea667-284a-4912-b185-dde1ec204143>
- Restrepo, J., Sánchez, O. y Castañeda Quirama, T. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Psicoespacios*, 14 (24): 23-47, DOI: 10.25057/21452776.133
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M.A., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 13(23), 1285-1296.
- Teque-Julcarima, M. S., Galvez Diaz, N. D. C., & Salazar Mechán, D. M. (2020). Estrés académico en estudiantes de enfermería de universidad peruana. *Medicina naturista*, 14(2), 43-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7512760>

- Tibán Chimborazo, J. A. (2023). Salud mental en los estudiantes de la carrera de enfermería durante la pandemia Covid-19.]; Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/38755>
- Tlili, M. A., Aouicha, W., Sahli, J., Testouri, A., Hamoudi, M., Mtiraoui, A., ... & Mallouli, M. (2021). Prevalence of burnout among health sciences students and determination of its associated factors. *Psychology, health & medicine*, 26(2), 212-220. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2020.1802050>
- Trunce Morales, S. T., Villarroel Quinchalef, G. D. P., Arntz Vera, J. A., Muñoz Muñoz, S. I., & Werner Contreras, K. M. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en educación médica*, 9(36), 8-16. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400008
- Yepes Sandoval, A. C., Rubio Gaitán, N., Vinaccia Alpi, S., & Bernal Guerrero, S. (2022). Relación entre los niveles de autoestima, resiliencia, ideación suicida y riesgo suicida en jóvenes indígenas zenúes de Córdoba, Colombia. *Psicología y Salud*, 32(2), 295-304. Disponible en: <https://psicologiasalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2750>

Capítulo 24. Apoyo social percibido y espiritualidad de cuidadores de adultos mayores

NUNCIO DOMÍNGUEZ JOSÉ LUIS
LARA VÁSQUEZ CLAUDIA VERÓNICA
CORTEZ GONZÁLEZ LUIS CARLOS
CORTES MONTELONGO DIANA BERENICE
JASSO OYERVIDES MARTHA VIRGINIA

Introducción

El envejecimiento para el 2030, en el mundo, una de cada seis personas tendrá 60 años o más. Este grupo de población habrá 1,400 millones de personas longevas y se prevé que se triplique el número de personas de 80 años o más entre 2020 y 2050 (World Health Organization [WHO], 2024). Dichos cambios conocidos como envejecimiento poblacional, se está dando en todas las naciones, países de ingresos altos como Japón que se encuentra con el 30% de su población envejecida, sin embargo, el fenómeno y los cambios se están viendo en los países con ingresos medios y bajos (WHO, 2024).

Al llegar a la tercera edad, las capacidades físicas y mentales sufren diversos cambios lo que ocasiona que las personas mayores necesiten de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y es aquí cuando surgen los cuidadores quienes son el primer contacto con las personas que envejecen. Un cuidador asume la responsabilidad de una persona mayor ayudándole en todas aquellas actividades que el adulto mayor no puede realizar por su mismo; por lo regular el cuidador es un miembro del círculo inmediato y este puede ser un hijo, hermano, nieto, quien se convierte en su cuidador primario de forma natural.

El cuidado de personas mayores implica un aumento de la vulnerabilidad de los cuidadores al estrés y la sobrecarga emocional por lo que no solo tiene que atender a las demandas de la persona mayor si no que tiene que enfrentarse a los cambios progresivos de la enfermedad de la persona que atiende (Parra Ortiz, et al., 2025). El cuidado de una persona mayor no debería depender de una sola persona, más

bien debería de estar a cargo de todos los miembros de la familia para que el cuidador principal evite las situaciones de sobrecarga y se vea fortalecida las redes de apoyo; cabe mencionar que quienes se dedican al cuidado por lo regular son mujeres y desempeñan otros roles como encargarse de su propia familia, los quehaceres del hogar, estudiante y trabajadora lo que provoca que se pueda sentir aislada y presentar ansiedad y depresión por tener otras ocupaciones que cumplir (Chango & Guarate, 2021).

Debido a la deficiente red de apoyo de los cuidadores surgen diversas aristas que les permite avanzar en su rol del cuidado y una de ellas es la propia espiritualidad que toma relevancia para afrontar las realidades en las que se encuentran inmersos. Zadworna-Cieślak (2020), menciona que la espiritualidad puede influir de manera positiva tanto en la salud física como mental en las situaciones de adversidad. Por su parte Guerrero-Castañeda y Lara (2017) citan que en México el abordaje del tema espiritual fomenta el cultivo de la esperanza, contempla la vida y generar nuevas expectativas del curso de vida que permite la introspección personal y la autotrascendencia.

Uno de los beneficios de la espiritualidad es la salud mental pues hay evidencia que la espiritualidad influye en el bienestar a través del optimismo, desencadenando emociones positivas manteniendo el estrés la depresión y la ansiedad en bajos niveles por lo que le permite al cuidador hacer frente a las diversas situaciones difíciles de la vida cotidiana y la satisfacción con la vida (Aponte-Franco & Guerrero-Castañeda, 2022; Pahlevan Sharif et al., 2021). González-Rivera (2017) menciona que la espiritualidad es un constructo multidimensional que se encuentra en un contexto intrapersonal, interpersonal y transpersonal que, en su conjunto, define la espiritualidad como la facultad multidimensional de búsqueda del sentido, trascendencia y conexión en las relaciones con uno mismo, con las demás personas, con la naturaleza y lo sagrado.

Las personas cuidadoras de adultos mayores conforman las redes de apoyo social que se dan de forma natural y son lazos con los que cuentan las personas adultas mayores, dichas redes pueden extenderse o decrecer dependiendo del contexto y el paso del tiempo. Las redes de apoyo se van degradando cuando la persona mayor presenta dependencia de moderada a severa y esto comienza a perdurar con el paso del tiempo por lo que la dinámica de las redes sociales comienza a verse afectadas (Yépez Espinosa & Gordon Roge, 2024; Madrid López, et al., 2023; López-Angulo, et al., 2021; Silva Guerra, et al., 2017).

El cuidador principal es el encargado de brindar apoyo emocional, instrumental, cognitivo y material, por lo que su rol se convierte esencial para las personas mayores, sin embargo, el cuidador puede experimentar situaciones de desgaste, ansiedad, estrés y sobrecarga, mientras más tiempo se dedique al cuidado, aumenta la probabilidad de presentar estos problemas de salud. No obstante, existen factores protectores como la espiritualidad personal, que influye positivamente en la salud y el bienestar del cuidador primario (Ruíz vega, 2025).

Debido al aumento del envejecimiento poblacional y las necesidades que emergen de los cuidadores primarios con el fin de escudriñar sus redes de apoyo social y la espiritualidad de los cuidadores primarios de las personas mayores, por lo anterior mencionado el objetivo del presente estudio fue identificar si existe relación entre el de apoyo social y la espiritualidad personal de cuidadores de adultos mayores de una comunidad en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Metodología

El diseño de estudio fue descriptivo correlacional, debido a que se describen y correlacionan las variables de apoyo social y espiritualidad personal.

La población estuvo conformada por 201 cuidadores principales de adultos mayores de una comunidad en la ciudad de Saltillo, Coahuila, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron cuidadores primarios con al menos 3 meses de dedicados al cuidado de adultos mayores, los criterios de exclusión fueron cuidadores que reciban remuneración económica por el servicio del cuidado, se excluyeron tres participantes que desearon abandonar el estudio una vez iniciado los instrumentos.

Instrumentos de medición

En este apartado se describen los instrumentos seleccionados para medir cada variable detallando características y rangos. En primer lugar, se elaboró una serie de preguntas sociodemográficas con el fin de obtener información relevante y describir a los participantes del estudio, las variables son edad, sexo, estado civil, religión, ocupación, escolaridad y alguna enfermedad crónica que padezca donde estas preguntas permitirán describir las características de los AM.

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Se aplicará el instrumento a los CI de acuerdo con su escala de respuesta correspondiente que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. El desarrollo y mayores antecedentes de esta escala se encuentra en (Zimet et al. 1988). La escala MSPSS traducida al español, con una escala de frecuencia tipo Likert de 7 puntos. Los conceptos utilizados fueron: 1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Algo en desacuerdo, 4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5= Algo de acuerdo, 6= De acuerdo y 7= Muy de acuerdo. Tiene una confiabilidad total de 0.849.

La escala MSPSS contiene subescalas que se dividen en Familia: ítems 3, 4, 8 y 11; amigos: ítems 6,7, 9 y 12; y Otros significativo: 1, 2, 5 y 10. Para interpretar los resultados de los datos de las variables de estudio, son expresados en orden de rangos, para obtener puntajes de evaluación de la dimensión, considerando todos los valores de mínimo a máximo: bajo 12-35, moderado 36-60 y alto 61-84. La escala en este estudio obtuvo un Alpha de Crombach de 0.928.

Para evaluar la espiritualidad se utilizó La Escala de Espiritualidad Personal (EEP) fue desarrollada por González-Rivera, Veray-Alicea, y Rosario-Rodríguez en el 2017. Esta escala fue traducida y adaptada de la Spirituality Scale (Delaney, 2005). La escala consta de 12 ítems que cumplen con los criterios de discriminación y presentan cargas factoriales apropiadas (cuatro ítems por factor). El índice de confiabilidad de la escala fue .841. La escala de respuesta del instrumento es de tipo Likert, donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” hasta 4 “totalmente de acuerdo”, el puntaje más bajo que se puede obtener es 12 y el más alto es 48, donde a mayor puntuación, mayor espiritualidad. La EEP se define como la capacidad multidimensional de búsqueda de sentido y conexión en las relaciones con uno mismo, con las demás personas, con la naturaleza o lo sagrado, los resultados sugieren que la EEP tiene el potencial para medir este constructo en adultos.

La EEP se compone de tres factores, el primero es la Conexión Intrapersonal que se refiere a la relación de una persona consigo misma, correspondiendo a los ítems 2, 5, 10 y 12; la Conexión Interpersonal se refiere a las relaciones de una persona con los demás, los ítems son 3, 6, 7 y 8; por último, la Conexión Transpersonal que refiere a las relaciones de una persona con la naturaleza o lo sagrado los ítems que corresponden son el 1, 4, 9 y 11.

La interpretación de los resultados de la EEP es la siguiente: la Conexión Intrapersonal: Un puntaje alto en este factor puede indicar que la persona tiene una fuerte relación consigo misma, es decir, tiene un buen autoconocimiento y una alta autoestima. La Conexión Interpersonal: Un puntaje alto en este factor puede indicar que la persona tiene relaciones saludables y significativas con los demás. La Conexión Transpersonal: Un puntaje alto en este factor puede indicar que la persona tiene una fuerte conexión con la naturaleza o lo sagrado. En el presente estudio esta escala obtuvo un Alpha de Crombach de 0.965.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2014) que expone: Artículo tercero de mantener una relación estrictamente profesional, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias espirituales. Artículo 5° y 6° Comunicar los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros, es considerada una investigación de riesgo mínimo. Artículo 13° En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de este estudio, donde prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 16° se protege la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 20° 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.

Procedimiento para la recolección de los datos

En primer lugar se solicitó el permiso a la universidad privada, explicándoles el objetivo del presente estudio y posterior se dio el acercamiento con los estudiantes en cada una de las aulas de clases, se les dio el consentimiento informado por escrito una vez aceptar participar y se procedió a la recolección de los datos en el periodo de febrero-abril de 2025, el tiempo promedio de la recolección fue de 15 minutos.

Plan de análisis de los datos

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico para ciencias sociales IBM Statistics SPSS versión 25 y Microsoft Office 365. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para las variables de estudio sociodemográficas, se manejó la prueba de la normalidad de Kolmogorov-Sminrov para identificar la normalidad de los datos y posterior utilizó Spearman para correlacionar las variables de estudio.

Resultados

El promedio de edad fue de 22.6 años (DE. 7.1 años) con una edad mínima de 17 y una máxima de 68 años, el 90.5% (f. 182) son mujeres, en cuanto a la escolaridad el 63.2% (f. 127) se encuentran estudiando su carrera profesional, el 90% (f. 181) están solteros(as), el 81.6% (f. 164) se encuentran estudiando, el 15.4% (f. 31) se encuentran trabajando y tan solo el 3% (f. 6) se dedican al hogar. En lo que respecta al cuidado de las personas mayores el 65.2% (f. 131) refieren ser el cuidador principal.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de las Personas Cuidadoras

Variable	f	%
Sexo		
Mujer	182	90.5
Hombre	19	9.5
Escolaridad		
Primaria completa	1	.5
Secundaria	5	2.5
Bachillerato	46	22.9
Carrera técnica	9	4.5
Estudiante de Carrera Profesional	127	63.2
Profesional	13	6.5
Estado civil cuidador		
Soltero(a)	181	90.0
Casado(a)	16	8.0
Divorciado(a)	1	.5
Unión libre	2	1.0
Viuda	1	.5
Ocupación		
Ama de casa	6	3.0

Estudiante	164	81.6
Trabajo Formal	31	15.4
Es usted el cuidador Principal		
NO	70	34.8
SI	131	65.2
Total	201	100.0

Nota: f = Frecuencia, %= Porcentaje Fuente: Cédula de Datos Personales n=201

En la tabla dos se muestran los puntajes promedios de las escalas de espiritualidad y de percepción de apoyo social. La escala de multidimensional de apoyo social percibido muestra que perciben el apoyo social como alto en promedio de sus tres dimensiones y en la escala global, por lo que las redes de apoyo con las que cuentan los cuidadores son aceptables o al menos así lo perciben ellos.

Para la escala de EEP el instrumento dice que, a mayor puntuación, mayor será la espiritualidad por lo que se muestra la media de la espiritualidad se encuentra en 36.2, esto puede inferirse que los cuidadores presentan una aceptable espiritualidad en conjunto con sus tres dominios de conexión inter, intra y transpersonal. La relación que tiene con uno mismo, así como la relación con los demás son los adecuados, además de presentar puntajes aceptables en relación de los cuidadores con la naturaleza y/o lo sagrado.

Tabla 2. Promedios de las puntuaciones de la escala de espiritualidad personal (dominios de conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal) y la escala multidimensional de apoyo social percibido (subescalas de familia, amigos y otros significativos).

Variable	Mín	Máx	M	DE
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	44	84	73.00	9.42
Subescala Familia	14	28	24.00	3.42
Subescala Amigos	14	28	24.50	3.18
Subescala Otros Significativos	14	28	24.51	3.29
Escala de Espiritualidad Personal	12	48	36.27	10.38
Dominio Conexión Intrapersonal	4	16	12.01	3.40
Dominio Conexión Interpersonal	4	16	12.39	3.67
Dominio Conexión Transpersonal	4	16	11.86	3.73

Nota: Min = Mínimo, Max= Máximo, M= Media, DE = Desviación estándar. Fuente: Escala de Espiritualidad Personal, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. n= 201

En la tabla tres se muestra el nivel de la escala multidimensional de apoyo social de los cuidadores mostrando que el 90% (f. 181) perciben el apoyo como alto mientras que tan solo el 10% (f. 20) lo consideran

como moderado. El apoyo social que se percibe como alto puede contribuir a mejorar el bienestar de las personas que se dedican al cuidado.

Tabla 3. Nivel de Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de los cuidadores primarios

Nivel	f	%
Percepción de Apoyo Social Moderada	20	10.0
Percepción de Apoyo Social Alta	181	90.0
Total	201	100.0

Nota: f = Frecuencia, %= Porcentaje Fuente: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido n=201

Tabla 4. Correlaciones de Rho de Spearman de las dimensiones de espiritualidad personal y las subescalas multidimensional de apoyo social percibido de los cuidadores de personas adultas mayores

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1.- Conexión Intrapersonal								
Coefficiente de correlación	1.000	.859**	.843**	.934**	.456**	.490**	.451**	.485**
p		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
2.- Conexión Interpersonal								
Coefficiente de correlación		1.000	.885**	.956**	.472**	.482**	.468**	.491**
p			.000	.000	.000	.000	.000	
3.- Conexión Transpersonal								
Coefficiente de correlación			1.000	.958**	.534**	.501**	.502**	.533**
p				.000	.000	.000	.000	.000
4.- Escala de Espiritualidad Personal								
Coefficiente de correlación				1.000	.525**	.523**	.506**	.539**
p					.000	.000	.000	
5.- Subescala Familia								
Coefficiente de correlación					1.000	.866**	.882**	.960**
p						.000	.000	.000
6.- Subescala Amigos								
Coefficiente de correlación						1.000	.846**	.944**
p							.000	.000
7.- Subescala Otros Significativos								
Coefficiente de correlación							1.000	.949**
p								.000
8.- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido								
Coefficiente de correlación								1.000
p								

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). p=10 bajo, .30 media, .50 alta. Fuente: Escala de Espiritualidad Personal, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido n= 201

Después del análisis de normalidad se obtuvo que los datos del presente estudio fueron no normales conforme a la prueba de Kolmo-

gorov-Smirnov, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para evaluar la correlación de las variables. En la tabla cuatro se muestra el coeficiente de correlación Rho de Spearman de las escalas de espiritualidad y percepción de apoyo social en su forma global y por dimensiones o subescalas. Se muestra que existe una correlación entre la espiritualidad y las subescalas de familia ($r_s = 0.525$ $p = .00$), amigos ($r_s = 0.522$ $p = .00$) y otros significativos ($r_s = 0.506$ $p = .00$), se infiere que mientras te encuentres con altos puntajes de espiritualidad percibirás mejores apoyos de la familia, amigos y otros significativos. A su vez la escala multidimensional se relacionó fuertemente con el dominio de conexión transpersonal ($r_s = 0.533$ $p = .00$) y se infiere que, el apoyo social elevado ayuda a tener mejores conexiones con la naturaleza o lo sagrado.

Por último, se encontró una correlación significativa entre la espiritualidad de los cuidadores con el apoyo social percibido. ($r_s = 0.539$ $p = .00$), a medida que las personas tengan puntajes elevados de apoyo social, también elevarán su espiritualidad y esto mejorara su estado de bienestar.

Discusión

Las características de los cuidadores en el presente estudio difieren con lo reportado por Duran Badillo, et al., (2023) pues refieren que el cuidado lo realizan en su mayoría las mujeres y un porcentaje significativo los hombres, en el presente estudio la presencia del cuidado en hombres no sobrepasa una décima parte de la población estudiada, datos que se puede inferir que aun en nuestro país así como en muchos países latinoamericanos el cuidado está destinado para el sexo femenino, debido a las costumbres así como las barreras sociales y culturales de los cuidadores donde la figura femenina es quien se dedica al cuidado.

El apoyo social de los cuidadores de adultos mayores muestra percepción alta de apoyo social y un porcentaje menor lo perciben como moderado, autores como Teca-Imbaquingo y Luna-Echeverría (2024) y Romero-Serrano, et al. (2025) y Matrángolo y Azzollini (2022), mencionan que las redes de apoyo social son un factor protector para las personas que se dedican al cuidado y evitan el potencial riesgo de padecer sobrecarga y agotamiento mental que pueden afectar negativamente la relación entre el cuidador y la persona mayor receptora del cuidado. Los diferentes tipos de apoyo social demuestran que la

existencia de las redes de apoyo garantiza los cuidados y se consolidan como un factor protector para los cuidadores.

En cuanto a la espiritualidad personal de los cuidadores de adultos mayores se encuentra por encima de la media por lo que se infiere que la espiritualidad que presentan es aceptable, Guerrero Castañeda, et al. (2021) y Farinha, et al. (2021) mencionan que la espiritualidad contribuye con los eventos estresantes y que es un medio de afrontamiento para manejar la sobrecarga o situaciones traumáticas en el proceso del cuidado. A medida que los cuidadores tengan altos niveles de espiritualidad, podrán enfrentar las situaciones estresantes y podrán controlar la sobrecarga del cuidador. Torres (2024) cita que la espiritualidad es un factor de la personalidad y protector de la salud mental, así mismo proporciona los recursos para mejorar las relaciones personales y sociales del entorno en el que se encuentra. Paredes-Arturo y Flórez-Madroño (2024) refieren que el bienestar mental se puede atribuir a las características contextuales y personales.

El objetivo del presente estudio fue describir la relación entre el apoyo social y la espiritualidad personal de los cuidadores y se encontró que la espiritualidad aumenta cuando se tienen puntajes elevados de apoyo social, esto puede deberse a que los cuidadores de personas adultas mayores requieren del apoyo social para aumentar su espiritualidad personal y que cuando se siente poco apoyados la espiritualidad tiende a disminuir provocando que el cuidado que reciben las personas mayores pueda verse afectado.

Rodríguez Ibarra y Pérez García (2023) mencionan que cuando los cuidadores perciben un buen apoyo social menor será su carga y disminuirá su estrés. Por su parte Estrada Goic, et al., (2023) indican que las personas que se sienten felices presentan mayor autonomía y menor aislamiento por lo que las actividades sociales contribuyen a mejorar su bienestar y su calidad de vida. Por su parte, Martínez García (2022) recomienda que el apoyo social debe de ser adoptado en las intervenciones de cuidadores haciendo énfasis en los distintos tipos de apoyo social como lo es el instrumental, emocional y espiritual, ya que esto ayuda para reducir la probabilidad de desertar del rol de cuidador.

Si existe un funcionamiento familiar adecuado, esto favorece a la reducción de la carga en el cuidador y, por el contrario, cuando no existe un buen funcionamiento familiar existirá malestar y sobrecarga deteriorando su salud física y mental (Linares, et al., 2019; Salazar Barajas et al., 2020). El tener una buena red de apoyo social de familia

y amigos se traduce a bienestar tanto para el cuidador como para el receptor del cuidado.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio evidencian una correlación positiva y significativa entre la espiritualidad personal y el apoyo social percibido por cuidadores de adultos mayores en una comunidad de Saltillo, Coahuila, donde se observaron asociaciones relevantes entre la espiritualidad y las subescalas de apoyo familiar, de amistades y de otros significativos, lo cual sugiere que mayores niveles de espiritualidad se relacionan con una percepción más favorable del soporte social recibido.

Asimismo, la relación entre el apoyo social multidimensional y el dominio de conexión transpersonal indica que un entorno social favorable puede beneficiar experiencias espirituales más profundas, relacionadas con la conexión con lo sagrado o con la naturaleza. Esta interacción refuerza la noción de que el apoyo social no solo cumple una función instrumental o emocional, sino que también puede actuar como un facilitador del desarrollo espiritual.

De manera general, los resultados permiten inferir que el fortalecimiento de las redes de apoyo social podría tener un impacto positivo en la espiritualidad de los cuidadores, lo cual a su vez contribuyen a mejorar su bienestar integral. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar tanto el apoyo social como la dimensión espiritual en el diseño de intervenciones dirigidas a cuidadores, con el fin de atender de forma holística sus necesidades emocionales y existenciales en el contexto del cuidado prolongado.

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de incorporar el fortalecimiento del apoyo social como el acompañamiento en la dimensión espiritual dentro de los programas dirigidos a cuidadores de adultos mayores. Las instituciones de salud y los profesionales del área, particularmente en el ámbito de la enfermería, podrían diseñar e implementar intervenciones psicoeducativas y comunitarias que promuevan redes de apoyo formales e informales, así como espacios para el desarrollo de la espiritualidad, respetando las creencias de cada persona. Además, la evidencia sugiere que trabajar la espiritualidad de manera estructurada podría ser una vía efectiva para mejorar la percepción de apoyo social y, en consecuencia, el bienestar psicológico y emocional de los cuidadores.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar el tamaño de la muestra y considerar el análisis de variables moderadoras como la edad, el grado de parentesco con la persona cuidada, la duración del rol de cuidado y la religiosidad. La incorporación de metodologías mixtas también podría enriquecer la comprensión de las experiencias subjetivas y los significados personales asociados a estas dimensiones.

Referencias

- Aponte-Franco, S. M. & Guerrero-Castañeda, R. F. (2022). Espiritualidad en adultos mayores y sus beneficios en salud: una revisión narrativa. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 9(1), 247 - 267. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.755>
- Chango, V. N. & Guarate, Y. C. (2021). Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), 13173-13183.
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale: A Holistic Assessment of the Human Spiritual Dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23 (1), 145-167.
- Diario Oficial de La Federación (2014) Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Texto vigente Última reforma publicada DOF 02-04-2014. Recuperado el 25 de septiembre de 2025, de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Duran Badillo, Tirso, Donjuan-Díaz, Berenice Elizabeth, Herrera Herrera, Jorge Luis, Llorente Pérez, Yolima Judith, Cortes Montelongo, Diana Berenice, & Guerra-Ordoñez, Jesús Alejandro. (2023). Estrés y espiritualidad relacionado con la sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con dependencia total. *Revista Cubana de Enfermería*, 39, . Epub 03 de octubre de 2023. Recuperado en 12 de junio de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100052&lng=es&tlng=es
- Estrada Goic, C. A., Pérez Nitor, J., Torres Gómez, S., Vargas Guentelacán, S. & Palma Candia, O. (2023). *Felicidad percibida en mujeres de tercera edad y su relación con el apoyo social, el bienestar, el funcionamiento social y la salud física*. Summa Psicológica UST 2023, Vol. 20, N°1, 10 – 16.

- Farinha, F. T., Bom, G. C., Manso, M. M. F. G., Razera, A. P. R., Da Silva Demoro Mondini, C. C., & Trettene, A. D. S. (2021). Factors related to the use of religious coping by informal caregivers: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1227>
- Gonzalez Rivera, J. A. (2017). Integrando la Espiritualidad en la Consejería Profesional y la Psicoterapia: Modelo Multidimensional de Conexión Espiritual. *Revista Griot*, 10(1), 56–69. Recuperado a partir de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/8827>
- González-Rivera, J. A., Veray-Alicea, J. & Rosario-Rodríguez, A. (2017). Desarrollo, validación y descripción teórica de la escala de espiritualidad personal en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28(2), 388–404.
- Guerrero Castañeda, R. F. & Lara Pérez, R. (2017). Nivel de autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1476–1487.
- Guerrero Castañeda, R., García Gallardo, A., Aguilar Villagómez, P. & Albañil Delgado, S. (2021). Significado de la espiritualidad en la vivencia del adulto mayor hospitalizado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021; 37 (4):e3981.
- Linares Cánovas, L. P., Lemus Fajardo, N. M., Linares Cánovas, L. B., González Corrales, S. C. y Soto Álvarez, E. M. (2019). Comportamiento de la sobrecarga en cuidadores informales primarios de adultos mayores con accidente cerebrovascular. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6). Extraído el 16/04/2022 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600884&lang=es
- López-Angulo, Y., Pérez-Villalobos, M. V., Bernardo-Gutiérrez, A., Cobo-Rendó R., Sáez-Delgado, F., & Díaz-Mujica, A. (2021). *Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Estudiantes Universitarios Chilenos*. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459669141011/html/#gt6>
- Madrid López, R., Guzmán Fernández, L. & Albaladejo Garrido, N. M. (2023). Approach to the overload of the main caregiver of patients with dementia from its prevalence, protection and risk factors. *European Journal of Health Research*, 9, 1–18. <https://doi.org/10.32457/ejhr.v9i1.2232>
- Martínez García, H. M. (2022). Revisión de los factores influyentes en la adaptación al rol y la calidad de vida de los cuidadores de personas

- dependientes. *Psicología, G. en. Core.ac.uk*. Recuperado el 26 de junio de 2025, de <https://core.ac.uk/download/pdf/542589805.pdf>
- Matrángolo, G., Simkin, H., & Azzollini, S.C. (2022). Evidencia de Validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta argentina. *Rev. CES Psico*, 15(1), 163-181. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.6009>
- Pahlevan Sharif, S., Amiri, M., Allen, K. A. *et al.* (2021). Attachment: the mediating role of hope, religiosity, and life satisfaction in older adults. *Health Qual Life Outcomes* 19, 57 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01695-y>
- Paredes-Arturo, Y. V. & Flórez-Madroñero, A. (2024). Salud mental en el cuidado informal de personas mayores en el contexto rural. *Quaderns De Psicologia*, 26(1), e2008. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.2008>
- Parra Ortiz, M. C., Navarro Prados, A. B., Sánchez Gómez, M. C., & Cabanillas García, J. L. (2025). Papel y función del apoyo social en los post-cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista española de geriatría y gerontología*, 60(3), 101612. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101612>
- Rodríguez Ibarra, M. y Pérez García, L. (2023). Carga del cuidado y apoyo social percibido en el cuidador familiar principal del paciente pediátrico con enfermedad oncológica en san José de Cúcuta, 2023. *Universidad Francisco de Paula Santander*.
- Romero-Serrano, R., Casado Mejía, R., Rebollo Catalán, M., García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., & Lancharro Taverro, I. (2025). Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes: un estudio cualitativo. *Revista española de salud pública*, 97, e202311095
- Ruiz Vega, O. M. (2025). *El impacto del apoyo social y la espiritualidad en la depresión, ansiedad y burnout en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer* (Doctoral dissertation, Ponce Health Sciences University).
- Salazar Barajas, M. E., Garza Sarmiento, E. G., García Rodríguez, S. N., Juárez Vázquez, P. Y., Herrera Herrera, J. L. y Duran Badillo, T. (2020) Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16(4). Extraído de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400362&lang=es

- Silva Guerra, H., Alves Marques Almeida, N., Rovey de Souza, M. & Minamisava, R. (2017). A sobrecarga do cuidador domiciliar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30 (2), 179-186.
- Teca-Imbaquingo, M., & Luna-Echeverría, A. (2024). Relación del Apoyo Social y la Sobrecarga del Cuidador de Adultos Mayores en San Juan de Pastocalle. *Revista Científica Y Arbitrada De Ciencias Sociales Y Trabajo Social: Tejedora*. ISSN: 2697-3626, 7(13), 144-165. <https://doi.org/10.56124/tj.v7i13.010>
- Torres, A. (2024). *Rol de la espiritualidad como factor protector de la salud mental, revisión documental*. [Monografía]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/62223>
- World Health Organization (2024) Ageing and health. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Recuperado el día 03/06/2025.
- Yépez Espinosa, J. M. & Gordon Roge, J. E. (2024). Terapia de aceptación y compromiso en la reducción de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores. *Revista Eugenio Espejo*, 18(3), 101-115. <https://doi.org/https://doi.org/10.37135/ee.04.21.08>
- Zadworna-Cieślak, M. (2020). Spirituality, satisfaction with life and health-related behavior of older residents of long-term care institutions—a pilot study. *Explore*, 16(2), 123-129.
- Zimet, G.D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley G. K. (1988). Escala multidimensional de apoyo social percibido. *Revista de evaluación de la personalidad*, 1988;52:30-41

Capítulo 25. Inteligencia emocional y su relación con la adherencia terapéutica de personas con enfermedad crónica

LUIS GERARDO VÁSQUEZ-GUAJARDO
DIANA BERENICE CORTES MONTELONGO
LUIS CARLOS CORTEZ GONZÁLEZ
CLAUDIA VERÓNICA LARA VÁSQUEZ

Introducción

Debido a los cambios sociales, culturales y a los avances en la ciencia y la tecnología la transición epidemiológica en México se centra en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) las cuales se presentan como un problema de salud pública debido a la alta prevalencia de morbilidad que producen. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel global, las ECNT conforman el 71% de todas las muertes, lo que representa en promedio a 41 millones de defunciones anualmente, con una predicción ascendente para el año 2030 (Macías & Ortega, 2023; OMS, 2023; Cardoso et al., 2022; Williams et al. 2018).

Sin embargo, esto se vuelve aún más preocupante debido a que las ECNT inician en etapas cada vez más tempranas como resultado de la combinación de componentes genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales de una persona, lo cual la predispone a una dependencia precoz conllevando a costos elevados en su tratamiento, impactando de manera negativa al sistema de salud el cual se torna saturado e incapaz de atender las necesidades de salud de la población. (González & García, 2018; OMS, 2020).

La presente investigación aborda dos de las ECNT más prevalentes: diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial. Su elección es debido a que son consideradas a nivel nacional como las ECNT que más muertes generan al año, la primera alcanzando cifras de hasta 151 019 muertes y la segunda 31 382 (INEGI, 2021). Además, a partir de los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006 & ENSANUT, 2018) se ha identificado un incre-

mento en las prevalencias de diagnóstico de diabetes (de 7 a 10.3%) e hipertensión (de 15.1 a 18.4%). En México, se reporta que el 10.3% de la población adulta tiene diagnóstico de DM2 y el 32.1% de Hipertensión Arterial (Campos-Nonato, 2022; Velázquez-López, 2023).

Las prevalencias mencionadas anteriormente son un dato alarmante ya que las personas que viven con DM2 tienen un 26% de riesgo mayor de muerte en comparación con aquellas sin diabetes, y se triplica hasta tres veces más el riesgo de sufrir alguna enfermedad cardiovascular. Las principales complicaciones microvasculares que se desarrollan en la DT2 son la nefropatía, la neuropatía y la retinopatía que constituyen un factor predictor de mala calidad de vida y reducen la esperanza de vida en un promedio de 10.5 años. Mientras tanto la hipertensión arterial es el factor de mayor peso para desarrollar problemas cardiovasculares siendo la causa número uno de muerte en México (Caamaño & Bermúdez, 2024; Velázquez-López, 2023).

Por lo tanto, ser diagnosticado con este tipo de patologías engloba un deterioro de la salud y una mala calidad de vida, pues con el paso del tiempo y el avance de la enfermedad se pierde la independencia funcional, volviendo vulnerable a la persona a eventos adversos como caídas, hospitalizaciones, discapacidad y muerte prematura, por lo cual establecer el tratamiento en una etapa temprana previene complicaciones y brinda un menor riesgo de mortalidad (Evia, 2018; Juárez & Zanella, 2025; Rey & Ramírez, 2022).

La OMS asevera que las intervenciones de contención para las ECNT deben estar basadas en tratamientos farmacológicos y estilos saludables de vida para reducir su mortalidad, no obstante, estas enfermedades fueron responsables de 43 millones de muertes en el 2021, lo que equivale al 75% de las muertes nivel global, por lo cual su alta incidencia y mal control clínico indica una baja adherencia terapéutica, definida como el comportamiento que tiene una persona en relación de tomar sus medicamentos y la disposición de realizar cambios saludables de vida que son indicados por el personal de salud. La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran relevancia a nivel global, prevaleciendo sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, cuya adherencia en el largo plazo se ha calculado en un 50% repercutiendo de forma clínica, económica y social (Mendoza Reyes, 2021; Escamilla-Núñez et al., 2023).

Una baja adherencia terapéutica puede generar retrasos en la recuperación, reincidencias hospitalarias, aparición de complicaciones o una evaluación errónea de la eficacia verdadera del fármaco. Esta si-

tuación deriva en modificaciones del tratamiento, en donde se agregan fármacos no necesarios que pueden ser hepatotóxicos como la metformina, por ende, para mantener los niveles de glucosa o tensión arterial dentro de los parámetros establecidos se conduce a la polifarmacia, aumentando el riesgo de la aparición de efectos secundarios (Oliveira-González et al., 2010; Rodríguez-Venegas et al., 2021).

Cuando el paciente decide no seguir las indicaciones de los profesionales se le conoce como adherencia intencional, haciendo referencia a los factores de percepción de la enfermedad, creencias y preferencias que influyen en la motivación para iniciar y mantener el tratamiento, lo cual repercute en la salud del paciente y fallece a consecuencia de las complicaciones de la enfermedad mal tratada (Guevara et al., 2020).

En base a lo anterior, la adherencia terapéutica se convierte en un pilar importante para poder contener las enfermedades crónicas, por lo cual es importante conocer factores que permitan a las personas que viven con diabetes e hipertensión deben mantener una conducta terapéutica (acciones personales para eliminar o controlar una patología) que favorezca la adherencia. Las enfermedades crónicas además de desarrollar problemas físicos también repercuten en la persona de forma psicológica, por lo tanto, la adherencia terapéutica depende de las actitudes de la persona, las cuales están determinadas por el estado de ánimo que presenta de su realidad, en donde la persona al experimentar emociones agradables tiene mayor intención de tomar su medicamento (Mendoza Reyes, 2021).

En este sentido, la inteligencia emocional fue definida por Salovey y Mayer como “la habilidad para controlar los sentimientos propios y de los demás, discriminar entre ellos y usar esta información para guiar las acciones y el pensamiento”. Está constituida por tres áreas: 1) percepción de la emoción: es la habilidad de expresar las emociones (identificar, valorar y externar) y guiar el pensamiento y atender lo importante; 2) comprensión: comprender y analizar las emociones teniendo la habilidad de etiquetarlas y relacionarlas con los eventos; 3) regulación emocional: capacidad para contener las emociones negativas y aumentar las positivas (Mayer & Salovey, 2016).

Un individuo que vive con diabetes o hipertensión arterial necesita practicar mucho más la regulación emocional ante situaciones estresantes, pues permite mantener el control y seguir las conductas que favorezcan la salud, ya que Montoya (2019) en los resultados de su estudio encontró que una emoción poco agradable (miedo) se vuelve un factor que impide la adherencia terapéutica en un 27%. Además,

si la persona se estresa, el cuerpo inmediatamente genera la hormona de cortisol la cual conlleva que se genere más producción de glucosa y se eleven los niveles de presión arterial (Cerón, 2021; Palomino, 2022; Nuñez & Castillo, 2018).

En personas diagnosticadas con enfermedad crónica, la IE se ve afectada por los múltiples miedos que derivan de la percepción de la enfermedad como una amenaza constante, generando preocupación ante la progresión de su enfermedad. Los problemas emocionales, prejuicios y el aislamiento social que se presentan en el individuo provoca desarrollar emociones y pensamientos trágicos. Esto tiene implicaciones directas en las tareas del autocuidado, sobrellevando inadecuadamente la enfermedad a través de conductas de riesgo como la baja adherencia terapéutica (Juro et al., 2018; Montoya, 2019; Ramírez et al., 2024).

Lo anteriormente expuesto, se ve reflejado en la investigación de Rodríguez y Rentería (2016) quienes realizaron un estudio descriptivo a factores que impiden la adecuada adherencia terapéutica, uno de ellos son los aspectos psicosociales del paciente, en donde se identificó que el 58% de personas vive con preocupaciones, las cuales tienen que ver con su enfermedad y el sentimiento negativo más frecuente que le genera vivir con su enfermedad es la tristeza. Además, en el factor de características de la enfermedad, los participantes reconocieron que los problemas a causas de la enfermedad que no saben cómo resolverlo, son de tipo emocionales en un 21% y económico-emocionales 38,6%. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es conocer la relación de la inteligencia emocional con la adherencia terapéutica en las personas que viven con una enfermedad crónica.

Metodología

Diseño

La investigación realizada corresponde a un estudio cuantitativo de tipo transversal con alcance descriptivo-correlacional (Ato et al., 2013). En relación con el objetivo del estudio, se analizaron las variables de la investigación para describir la relación entre las mismas.

Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia con los siguientes criterios de inclusión: ser mexicano, ser mayor de edad, estar diagnosticado con diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial y estar bajo tratamiento farmacológico.

Instrumentos

Test de Morisky-Green-Levine (Morisky et al., 1986) traducido al español por Val Jiménez, et al. (1992) y validado en población mexicana por Zuart-Alvarado (2010) con un índice de fiabilidad de 0.70. Tiene el objetivo de valorar actitudes de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas a través de cuatro preguntas dicotómicas de respuesta SI y NO: «¿Olvidas alguna vez tomar tus medicamentos?», «¿Olvidas tomar tus medicamentos a las horas indicadas?», «Cuando te encuentras bien, ¿dejas de tomar tus medicamentos?» y «Si alguna vez te sientes mal, ¿dejas de tomar tus medicamentos?». El total de respuestas afirmativas mide el grado de adherencia: adherencia alta (ningún sí, 4 puntos), adherencia media (de 1 a 2 sí, 3 a 2 puntos) y adherencia baja (de 3 a 4 sí, de 1 a 0 puntos) (Esparza-Rodríguez et al., 2020; Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

Escala Trait Meta Mood Scale-24 ítems (TMMS-24) evalúa la inteligencia emocional basada en el modelo de Salovey y Mayer (1990) y validada en población mexicana con alfa de Cronbach de .80. Está conformado por 24 ítems con ocho reactivos por dimensión: a) percepción (reactivos del 1 al 8), b) comprensión (reactivos del 9 al 16) y c) regulación emocional (reactivos del 17 al 24). El formato de respuesta consiste en una escala tipo Likert que presenta cinco opciones (1. Nada de acuerdo hasta 5. Totalmente de acuerdo). Para obtener la puntuación en cada uno de los factores, se suman los ítems y los puntos de corte se consideran en relación a el valor de la media de los resultados, valores por encima de la media representó un nivel alto, por debajo se consideró como nivel bajo (Espinoza-Venegas et al., 2015; Navarro-Oliva et al., 2023).

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. Basándose en el apartado aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el cual establece que en toda investigación en salud se debe cumplir con aspectos éticos que salvaguarden la integridad del participante, conduciendo la investigación de una manera justa, respetuosa y con la protección en todo momento de los derechos humanos de los participantes.

Procedimiento

Se inicio con la búsqueda de personas que cumplieran con los criterios de inclusión en instituciones públicas y lugares recreativos como escuelas, hospitales, centros comerciales y parques recreativos, para lo cual se contó con personal facilitador capacitado en la aplicación de los instrumentos, los cuales eran estudiantes de Lic. en enfermería de la UNIDEP, la recolección se realizó a través de los instrumentos físicos durante el mes de abril y mayo del 2024.

Primero se explicaba en qué consistía la investigación y se daba lectura en voz alta el consentimiento informado resaltando que su participación era voluntaria con la posibilidad de retirarse en cualquier momento, después se entregaba el consentimiento para que la persona lo analizara y si estaba de acuerdo firmarlo para poder seguir con la aplicación de los instrumentos. El primer apartado estaba conformado por datos sociodemográficos y después se encontraban las escalas de inteligencia emocional conformada por sus tres dimensiones y la escala de adherencia terapéutica.

Resultados

Los participantes (203) tienen una media de 57.98 (DE=11.95), de los cuales 110 son mujeres y 93 hombres, en donde el 63% se encuentran casados, el 72% son derechohabientes al IMSS y tan solo el 30% cuenta con estudios de licenciatura. En relación con la enfermedad crónica que padecen prevalece la hipertensión arterial en 55% y un 12% presenta tanto hipertensión como diabetes.

En la tabla 1 se logra identificar el análisis descriptivo de las puntuaciones totales de las escalas Morisky-Green y el Trait Meta Mood Scale-24 ítems, así mismo, las subescalas de esta última (percepción, comprensión y regulación). En la prueba Kolmogórov-Smirnov no se acepta la normalidad debido a que en los resultados mostraron un nivel de significancia $p < .05$.

Tabla 1. Puntaciones totales de escalas

Variable	M	DE	As	K	KS	p
Total ATx	2.64	1.01	-.606	-.006	.881	.000
Total inteligencia emocional	75.76	15.85	.124	-.123	.993	.411
Total percepción	24.01	6.77	-.045	-.504	.991	.245
Total comprensión	25.36	6.39	.112	-.202	.989	.105
Total regulación	26.37	6.20	-.022	-.027	.989	.130

Nota: M: media aritmética, DE: desviación estándar, As: asimetría, p: prueba de probabilidad

La escala Morisky-Green-Levine que mide la adherencia al tratamiento resultó con correlaciones significativas positivas con la escala de inteligencia emocional y sus subescalas percepción, comprensión y regulación, las correlaciones fueron significativas en un grado $p \leq .005$, el valor del coeficiente oscilo entre .275 y .346, esto representa que los niveles de inteligencia emocional están relacionados con el grado de adherencia terapéutica (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones de la adherencia terapéutica con la inteligencia emocional

Variable		SumATx	SumIE	SUM percepción	SUM comprensión
1. SumATx	Rho de Spearman	—			
	Valor p	—			
3. SumIE	Rho de Spearman	0.346	***	***	—
	Valor p	< .001		—	
4. SUMpercepcion	Rho de Spearman	0.300	***	**	0.821
	Valor p	< .001		< .001	—
5. SUMmcomprension	Rho de Spearman	0.245	***	***	0.600
	Valor p	< .001		< .001	—

El modelo de regresión lineal (Tabla 3) se ajustó utilizando la técnica de pasos sucesivos. La ecuación final contuvo una variable independiente: inteligencia emocional ($\beta .21$). Donde se demostró una capa-

idad predictiva del 29%, por lo tanto, la adherencia al tratamiento en personas que viven con enfermedad crónica se ve impactada por la inteligencia emocional para tener mayores niveles de adherencia.

Tabla 3. Modelo de regresión lineal por pasos sucesivos para adherencia al tratamiento como variable dependiente

	CNE		CE	t	p	F	p	IC del 95%	
	B	EE	Beta					LI	LS
(Constante)	-0.83	0.387		-2.14	0.033			-1.595	-0.067
Inteligencia emocional	0.014	0.004	0.215	3.394	< .001	41.55	.001	0.006	0.022

Nota: R=.542; R²=.29

Discusión y conclusión

La comunidad científica en el área de la salud, a partir de mediados del siglo XXI ha despertado un interés investigativo respecto al rol que desempeñan diferentes variables psicológicas y emocionales en el proceso salud-enfermedad-tratamiento, tomando en cuenta su influencia en los comportamientos que favorecen o complican el bienestar físico, social y psicológico del individuo enfermo (Jordá, 2019).

En la última década se han investigado los factores de protección en pacientes que padecen de alguna enfermedad crónica y así poder afrontar con éxito este acontecimiento al tener un apego correcto al tratamiento farmacológico y conductual. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este estudio abonan a lo mencionado anteriormente, ya que impactan positivamente en la esfera psicología del paciente que vive con DM 2 o hipertensión , pues se encontró que existe relación entre la inteligencia emocional y la adherencia al tratamiento, en donde a mayor inteligencia emocional mayor es la adherencia ,similar a lo encontrado por Nuñez y Castillo (2018) y Montoya (2019) donde la adecuada regulación de la inteligencia emocional se asocia significativamente en el manejo de la adherencia terapéutica.

La inteligencia emocional es importante debido a que si un adulto tiene la capacidad para identificar emociones es capaz de procesarlas y tomar mejores decisiones terapéuticas (Villarreal-Mata et al., 2022), esto lo confirma el estudio titulado “La inteligencia emocional en pacientes diabéticos” en donde se concluyó que al experimentar emociones como la ira, tristeza, pena o asco se tiende a producirse cambios de conducta que hace que se abandonen hábitos saludables como la

alimentación equilibrada, el ejercicio físico o la adherencia terapéutica y se sustituyan por otros como el sedentarismo o la adicciones (tabaco, alcohol) para contrarrestar o eliminar estas experiencias emocionales al no pensar en la enfermedad (Saltos, 2019).

Un paciente que es diagnosticado con una ECNT pasa por etapas de incertidumbre que lo llevan a desarrollar altos niveles de estrés, depresión y ansiedad. Puede ser que en el curso del tiempo aprenda a controlar estados emocionales descontrolados de tristeza y preocupación, producto de lidiar con una enfermedad para toda la vida, que se relaciona con la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, espirituales (González et al., 2011).

La dimensión de percepción y comprensión emocional se relacionaron con el nivel de adherencia al tratamiento, esto se logra explicar ya que existen emociones como el miedo, que surgen cuando la enfermedad se diagnostica, dado que la enfermedad es un suceso que conlleva una diferencia dolorosa en la vida y si no se logra percibir y aceptar todas las emociones que surgen del fenómeno vivido, la persona pierde el interés en conductas de autocuidado como lo es la adherencia al tratamiento (de Lourdes Llerena-Cepeda et al., 2025).

Se concluye que un mayor nivel de inteligencia emocional se asocia con un mayor compromiso en la adherencia terapéutica. Esto se debe a que las emociones, ya sean agradables o desagradables, surgen de la interacción con distintos estímulos. En este caso, la relación de la persona con su tratamiento parte desde el ámbito emocional, la cual, a su vez, está interconectada con todos los fenómenos que influyen en el proceso de salud-enfermedad. Por lo tanto, se recomienda abordar las ECNT desde la experiencia de vivir con la enfermedad e intervenir con una perspectiva holística que incluya el manejo de las emociones en las actividades de promoción, prevención y asistencia.

Referencias

- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. 29, 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Caamaño, A. I. S., & Bermúdez, J. A. R. (2024). Complicaciones de la hipertensión arterial. *Temas selectos en medicina interna 2023*, 175.
- Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Ramírez-Villalobos, D., Medina-García, C., Gómez-Álvarez, E., ... &

- Barquera, S. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud pública de México*, 65, s169-s180.
- Cardoso, M. A., Zarco, A., Ponce, M. L., Robles, B. A., & Aburto, I. A. (2022). La cultura del paciente en el descontrol de la enfermedad crónica no transmisible. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(3), 40-57. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.3.08>
- Cerón, M. A. (2021). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial. *Boletín Informativo CEI*, 8(2), 65-69. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.3.08>
- De Lourdes Llerena-Cepeda, M., Mayorga-Aldaz, E. C., Pacheco-Mayorga, N. A., & Aulestia-Castillo, C. A. (2025). Impacto de la personalidad en la percepción de la salud y la enfermedad. *Revista UGC*, 3(S1), 177-186.
- Escamilla-Núñez, M. C., Castro-Porras, L., Romero-Martínez, M., Zárate-Rojas, E., & Rojas-Martínez, R. (2023). Detección, diagnóstico previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mexicanos. *Ensanut 2022. salud pública de México*, 65, s153-s162. <https://doi.org/10.21149/14726>
- Esparza-Rodríguez, A. J., Espinoza-Oliva, M. M., Tlacuilo-Parra, J. A., Ortega-Cortés, R., & Díaz-Peña, R. (2020). Dinámica familiar y adherencia al tratamiento en pacientes pediátricos con tuberculosis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3), 250-257. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000028>
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N., & Sáez-Carrillo, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 139-147. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535>
- González, N. G., García, A. M. T., & González, L. E. B. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), 258-279.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa Num 600/22 Estadísticas de defunciones registradas 2021. México: INEGI [citado febrero 16, 2023]. https://www.inegi.org.mx/conte-nidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf
- Jordá, A. J. (2019). Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo psicosociales: papel de la psicología clínica en la salud cardiovascular

- (Vol. 61). Madrid: Ciencias.Luyckx, K. B. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2019, Vol. 18(1), 4 –6.
- Juárez, M. E. R., & Zanella, S. Ó. P. (2025). Fragilidad funcional en el adulto mayor: implicaciones clínicas para el primer nivel de atención.
- Macías, M. G., & Ortega, G. A. (2023). Enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida en el Ecuador (Bachelor's thesis, Jipijapa-Unesum).
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion review*, 8(4), 290-300.
- Montoya Juro, C. J. (2019). Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018.
- Montoya Juro, C. J. (2019). Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes de un hospital de Lima, 2018.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67-74. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1986/01000/concurrent_and_predictive_validity_of_a.7.asp
- Navarro-Oliva, I. A. L., Montelongo, D. B. C., Navarro-Oliva, E. I. P., Cervantes, A. L. C., & Sánchez-Gómez, M. (2023). Inteligencia emocional como mediadora entre la salud mental y la calidad de vida del adulto mayor. *Index de Enfermería*, e14738-e14738. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20246529>
- Núñez, M., & Castillo, R. (2018). El papel de la inteligencia emocional en la enfermedad cardiovascular. *ScienceDirect*, 1(5), 534-547. Recuperado el 2 de octubre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301031>
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villal-pando S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006 [citado febrero 16, 2023]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/doctos/informes/ensanut2006.pdf7>.

- Olivera-González, S., De Escalante-Yángüela, B., Velilla-Soriano, C., Amores-Arriaga, B., Martín-Forteza, P., & Navarro-Aguilar, M. E. (2010). Hepatotoxicidad por metformina. *Medicina Intensiva*, 34(7), 483-487.v
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado el 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. WHO package of essential noncom-municable (PEN) disease interventions for primary health care. Ginebra: OMS, 2020 [citado enero 23, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009226>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica* (Internet), 59(3), 163-172. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7387>
- Palomino, S. K. (2022). Inteligencia emocional y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos que acuden al Club de Diabéticos del Hospital Regional de Cusco, 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/5307>
- Ramírez, M. S. D. L., Valtier, M. G., Hernández, G. A. R., Gongora-Ek, J. F., Morales, M. D. L. A. P., & Rivera, S. G. S. (2024). Automanejo Y Miedo A La Muerte En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión. *Horizonte de Enfermería*, 35(3), 1212-1223.
- Rey, Y., & Ramírez, J. T. (2022). Revisión Narrativa: Estilos de vida y autocuidado en adolescentes y adultos jóvenes para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/47364>
- Rodríguez, M., & Rentería, A. (2016). Factores que impiden la adherencia. *Psicología y Salud*, 26(1), 51-62. Recuperado el 5 de mayo de 2018, de file:///C:/Users/G470/Downloads/1898-9331-1-PB%20(2).pdf
- Rodríguez-Venegas, E. D. L. C., Denis-Piedra, D. A., Ávila-Cabreja, J. A., & Hernández-García, O. L. (2021). Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000400003&script=sci_arttext

- Salto Mendoza, A. S. (2019). *La inteligencia emocional en pacientes diabéticos de la ciudad de Portoviejo* (Bachelor's thesis, Jipijapa-UNESUM).
- Shamah-Levy T, Vielma E, Heredia O, Romero-Martínez M, Mojica J, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020 [citado febrero 16, 2023]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa-nut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf8.
- Szelubski, S. C. (2024). La influencia del sentido de la vida en el bienestar psicoemocional en pacientes con cáncer (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).
- Val-Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria*. 1992;10(5):767-70.
- Velázquez-López, L., Alva-Santana, D., Ocaña-Patiño, A., Escobedo de la Peña, J., & Goycochea-Robles, M. (2023). Mayor grasa corporal, inactividad física e hipertensión arterial se asocian a una pobre calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Cirugía y cirujanos*, 91(2), 171-178.
- Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I. P., CASTILLO, M., MAGDALENA, A., GUZMÁN FACUNDO, F. R., ... & BRESÓ ESTEVE, E. D. G. A. R. (2022). Inteligencia emocional como mediador del craving y el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de alcohol. *Revista Salud Uninorte*, 38(3), 729-741.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* . 2018;39(33):3021-104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- Zuart-Alvarado, R., Morales, H. J. R., Vázquez-Castellanos, J. L., Martínez-Torres, J., & Linaldi-Yépez, F. (2010). Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 11(4).

Capítulo 26. Tecnologías de Información y Comunicación: impacto en las coberturas de vacunación en grupos vulnerables

MICHEL ASTORGA PORTUGAL
GENER JOSÉ AVILÉS RODRÍGUEZ
LUISA CAROLINA ROSAS HERNÁNDEZ
JORGE ALFREDO VEGA LÓPEZ

Introducción

Los programas de vacunación se han establecido como una herramienta de protección epidemiológica mundial desde hace ya varios años (Bloom, 2011), aún estando bajo escrutinio y críticas por algunos sectores (François et al., 2005), su utilidad para facilitar salud a nivel poblacional es comprobable y la evidencia es sólida (Ehreth, 2003; Luyten & Beutels, 2016).

En México, el Programa de Vacunación Universal (PVU) es una política pública de salud (Mongua-Rodríguez et al., 2023; Secretaría de Salud, 2025), cuyas principales metas son: Lograr el 95% en materia de cobertura por cada entidad federativa por biológico y el 90% en cobertura de vacunación para población infantil y su esquema correspondiente (menores de un año de edad, de uno, cuatro y seis años) por entidad federativa, manteniendo la eliminación y control epidemiológico de enfermedades como: poliomielitis por virus silvestre, tétanos, sarampión, rubeola, tuberculosis, hepatitis b, difteria, tosferina, Haemophilus influenzae tipo b, Streptococcus pneumoniae, rotavirus, parotiditis, influenza, COVID-19 y Virus del Papiloma Humano (VPH).

Como se muestra en la tabla 1, la Secretaría de Salud (SS, 2025), mediante los Lineamientos Generales de Vacunación han establecido el Esquema de vacunación para población de 0 a 9 años

Tabla 1. Esquema de vacunación para población de 0 a 9 años.

Edad	Vacunas
Nacimiento	BCG, Anti Hepatitis B
2 meses	Hexavalente acelular, Anti rotavirus, Anti neumocócica conjugada
4 meses	Hexavalente acelular, Anti rotavirus, Anti neumocócica conjugada
6 meses	Hexavalente acelular, Anti influenza estacional (1er dosis)
7 meses	Anti influenza estacional (2da dosis)
12 meses	SRP (Sarampión, Rubeola y Parotiditis), Anti neumocócica conjugada
18 meses	Hexavalente acelular, SRP (2da dosis)
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)
A partir de los 5 años	COVID-19, Influenza estacional
6 años	SRP

Nota: En la tabla se muestran las vacunas por grupo de edad de acuerdo con los Lineamientos generales de Vacunación en México (SS, 2025).

De acuerdo con Cruz Romero & Pacheco Ríos, (2013) un esquema de vacunación se considera incompleto cuando el niño no presenta el esquema de vacunación correspondiente a su edad con los biológicos indicados habiendo transcurrido un mes después de la fecha límite indicada para su aplicación. Para atender este desafío, existen trabajos que caracterizan estos retos y presentan propuestas de mejora (De Expertos Independientes, 2024).

Grupos vulnerables

En México, los niños de 0 a 9 años son vulnerables a enfermedades si no están completamente inmunizados o si viven en áreas con circulación activa de ciertos virus y bacterias, la vulnerabilidad en esta población se reduce significativamente mediante la aplicación de vacunas que protegen contra enfermedades como sarampión, rubéola, parotiditis, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, entre otras (SS, 2022). En niños menores de 3 meses generalmente se mantiene gracias a los anticuerpos maternos que adquieren al ser alimentados con leche materna. Sin embargo, a medida que estos anticuerpos disminuyen, su vulnerabilidad aumenta si no son vacunados (SS, 2022).

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2024) cuando una gran cantidad de personas en una misma comunidad están vacunadas, se crea una “inmunidad colectiva” que reduce la probabilidad de que esa enfermedad se propague.

En México, durante el 2017 la cobertura de vacunación en menores de un año fue <70% para tres vacunas y menor a 50% para cinco vacunas. En niños de 15 a 23 meses fue 59.8% para cuatro vacunas y 51%

para seis, a los seis años 93.2% tenían una dosis de SRP. La proporción de no vacunados fue 4.7% en menores de un año, 0.2% en 15 a 23 meses y 6.8 % a los seis años. La cobertura de BCG, HB y neumococo en menores de un año y de SRP a los 15 a 23 meses fue mayor a 80% (Ortega et al., 2018). De acuerdo con Mongua Rodríguez et al., (2024) durante el periodo 2021 a 2023 las coberturas de vacunación en niñas y niños menores de cinco años con BCG, hepatitis B y polio/DPT, antineumocócica, antirotavirus y triple viral fueron de 86.5, 63.7, 68.9, 86.6, 81.3 y 71.3%, respectivamente.

TIC en salud

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) son un importante recurso para el fortalecimiento en los sistemas de salud, penetrado progresivamente en las diferentes funciones de la salud pública, en actividades de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud (Díaz de León Castañeda, 2020). De acuerdo con Onigbogi et al., (2025) las tecnologías de salud móvil, en combinación con otras intervenciones, se han utilizado para aumentar la vacunación en los países de ingresos bajos y medios.

En México, el sistema de información con el que se cuenta para el PVU no está digitalizado, está en proceso de piloteo para digitalizarse en el Sistema de Información en Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES), y no tiene interoperabilidad con otros sistemas nacionales o internacionales. (SLIPE, 2023).

El objetivo de este estudio es describir el uso de las TIC en la mejora de las coberturas de vacunación en niños de 0 a 9 años de edad en la Clínica Hospital Ensenada ISSSTE, como estrategia de promoción de la salud y fortalecimiento del programa de inmunización.

Metodología

Durante 2022 a 2024 la Clínica Hospital Ensenada ISSSTE aplicó diversas TICs permitiendo llegar a una audiencia más amplia, creando conciencia sobre la importancia de las vacunas y facilitar el acceso a la información y a los servicios difundiendo los horarios de atención, puestos de vacunación activos, vacunas disponibles por grupos de edad y campañas vigentes.

Facebook®: Un canal de Comunicación Eficaz desde el 6 de septiembre de 2022

Desde el inicio de la página de Facebook “Vacunación Ensenada” el 6 de septiembre de 2022, se logró un notable impacto en la difusión de información sobre la vacunación. Con una base de seguidores de 5,300 personas al 20 de diciembre de 2024, esta red social ha servido como un espacio para educar y concienciar a la comunidad sobre la importancia de las vacunas. A través de publicaciones, videos informativos y campañas de concientización, Facebook ha sido fundamental para acercar a las personas a los servicios de salud, aclarar dudas y fomentar una mayor participación.

Instagram®: Alcanzando a Audiencias Más Jóvenes desde enero de 2024

El 15 de enero de 2024, se inició la página de Instagram “vacunacionensenada”, una plataforma visual que permitió llegar de manera más efectiva a las audiencias más jóvenes. Con la publicación de infografías y videos cortos, Instagram facilitó la difusión de mensajes clave sobre la vacunación de una manera más dinámica y accesible. Además, la interacción constante con los usuarios mediante historias, encuestas y respuestas directas ha creado un canal de comunicación inmediato que fomenta la participación de la comunidad.

WhatsApp®: Un Canal Directo de Comunicación y Coordinación

La incorporación de un grupo de WhatsApp en marzo de 2024, y alcanzado rápidamente 1,200 miembros hasta el 15 de enero de 2025, fue un paso crucial en la promoción de la vacunación. Esta aplicación, utilizada ampliamente en comunidades de todos los niveles, ha permitido establecer un canal directo y personal entre el personal vacunador y usuarios. A través de WhatsApp, se ha podido compartir información vital sobre los horarios del servicio de vacunación, respuesta a preguntas frecuentes, y recordatorios del calendario de vacunación.

Formulario en Línea para la Vacuna BCG: Facilitando el Acceso a la Vacunación desde septiembre de 2023

El lanzamiento del formulario en línea (Google forms) para la vacuna BCG en septiembre de 2023 al 20 de diciembre del 2024 ha sido una herramienta esencial en la optimización del proceso de vacunación cuando se requiere la aplicación de vacunas en presentación multidosis.

Los viales de mayor capacidad como los de 20 dosis presentan mayores tasas de desecho y se rechazan oportunidades de vacunación por no tener suficientes niños para justificar abrir el vial (Kanagat et al., 2023). En el caso de la vacuna BCG su presentación es multidosis (10 dosis por frasco) y debe ser utilizada en un plazo de 6 horas tras la apertura del frasco (cepa *Tokyo*), planteando un desafío logístico y operativo (SS, 2022). La vacuna requiere que se vacunen al menos 10 recién nacidos en un mismo día para evitar el desperdicio de dosis generando una situación en la que los profesionales de salud se ven obligados a esperar a que se reúnan 10 niños para proceder con la vacunación y evitar dosis perdidas, conduciendo a que en ocasiones el proceso de vacunación se vea demorado. Para mitigar este problema, se lanzó un formulario de registro (utilizando Google Forms) con difusión mediante código QR en el que los padres de familia pudieron inscribir a sus hijos (Rosas et al., 2025). Para su aplicación se solicitó la autorización a la Dirección Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, y la creación del aviso Integral de Privacidad, dando cumplimiento a la Protección de Datos Personales y lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Resultados

Durante 2023, las coberturas de vacunación por biológico mostraron resultados heterogéneos (Tabla 2). La vacuna BCG presentó la mayor variabilidad, con coberturas que oscilaron desde 0% en mayo y julio hasta 1,430% en septiembre, alcanzando una cobertura anual de 241%. La vacuna Hexavalente mantuvo coberturas superiores al 95% en la mayoría de los meses, registrando valores entre 72% (julio) y 168% (octubre).

La vacuna Rotavirus registró coberturas elevadas durante todo el año (Tabla 2), fluctuando entre 76% (julio) y 288% (octubre), con una media anual de 143%. La vacuna Neumocócica mostró coberturas variables, desde 43% (enero) hasta 257% (octubre), alcanzando una cobertura anual de 122%. La vacuna SRP registró coberturas entre

40% (enero) y 208% (noviembre), con un 94% anual. La vacuna DPT mostró mayor irregularidad, con valores desde 10% (agosto) hasta 305% (octubre).

Las coberturas de esquema completo por grupos de edad durante 2023 evidenciaron patrones diferenciados como se observa en Figura 1. Los menores de un año registraron coberturas superiores al 90% objetivo en la mayoría de los meses, iniciando con 135% en enero y alcanzando picos de 438% en septiembre y 347% en agosto. El grupo de 1 año mostró coberturas que oscilaron entre 53% (febrero) y 590% (septiembre), superando la meta del 90% en varios períodos. Los niños de 4 años mostraron mayor variabilidad, con coberturas desde 11% (agosto) hasta 348.71% (octubre), mientras que febrero registró apenas 23%. El grupo de 6 años presentó las coberturas más irregulares, fluctuando entre 20.18% (diciembre) y 297.60% (noviembre), con múltiples meses por debajo del 90% establecido como objetivo. La Figura 1 ilustra estas variaciones temporales, mostrando picos pronunciados en los meses de agosto a octubre para los grupos de menor edad, mientras que los niños de 6 años mantuvieron un patrón más errático durante todo el año.

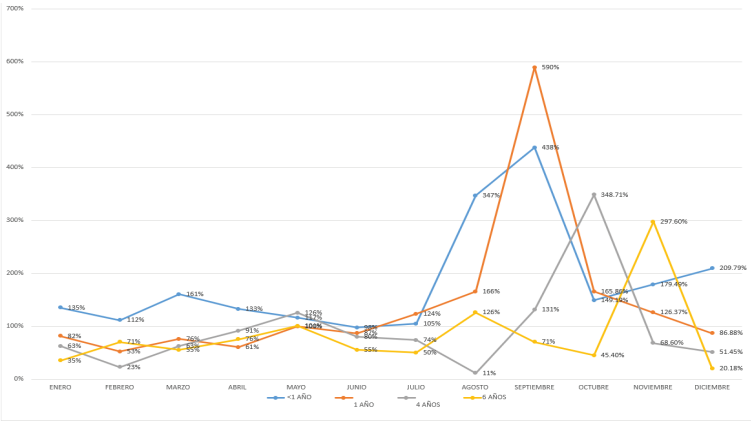
En 2024, las coberturas de vacunación mantuvieron tendencias elevadas (Tabla 3). La vacuna BCG continuó mostrando coberturas excepcionales, iniciando el año con 240% en enero, alcanzando su pico máximo de 490% en julio, y cerrando con 200% en diciembre. Durante todo el año, ningún mes registró coberturas inferiores al 100%. La Hexavalente, según la Tabla 4, registró coberturas entre 86% (junio) y 206% (enero), manteniéndose la mayoría de los meses por encima del 95% objetivo. La vacuna Rotavirus mostró coberturas variables, desde 65% (junio) hasta 312% (enero). La vacuna SRP fluctuó entre 40% (mayo) y 248% (abril), mientras que la DPT registró su valor más alto en enero con 475% y el más bajo en septiembre con 45%.

Durante 2024, las coberturas de esquema completo mostraron un patrón diferente al año anterior de acuerdo con la Figura 2. Los menores de un año registraron coberturas que no alcanzaron la meta del 90%, con el valor más alto de 88.50% en enero y el más bajo de 38.48% en octubre. El grupo de 1 año mostró coberturas inferiores al objetivo del 90%, fluctuando entre 19.06% (mayo) y 57.17% (enero). Los niños de 4 años presentaron mayor variabilidad, iniciando el año con 177.64% en enero, descendiendo hasta 16.83% en septiembre, y recuperándose a 168.29% en octubre. El grupo de 6 años mantuvo coberturas por debajo del 90% durante todo el período, con valores entre 6.61% (noviembre) y 31.42% (marzo y abril).

Tabla 2. Coberturas (%) de Vacunación por tipo de Biológico, Clínica Hospital Ensenada ISSSTE, enero-diciembre, 2023.

Biológico	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
SR	0	0	49	83	123	0	117	0	0	77	0	14
DPT	55	20	55	80	110	70	65	10	115	305	60	45
Hepatitis B	40	27	53	20	60	37	60	437	63	50	70	33
Hexavalente	116	82	108	100	112	80	72	102	88	168	98	138
Neumocócica	43	82	161	120	147	73	97	157	150	257	157	173
Rotavirus	182	112	118	124	129	88	76	112	118	288	171	195
BCG	100	100	210	90	0	130	0	0	1430	230	290	310
SRP	40	65	73	78	98	75	80	145	103	108	208	58

Figura 1. Coberturas de vacunación en Esquema Completo para población infantil en grupos etarios de menores de un año de edad, uno, cuatro y seis años, Clínica Hospital ISSSTE Ensenada, 2023

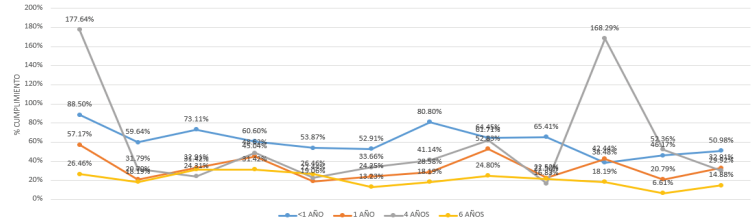


Nota: En la tabla 2 se muestra el porcentaje en cobertura de vacunación para cada biológico del Programa de Vacunación Universal (PVU) aplicados a niños de 0 a 9 años durante el 2023 en Clínica Hospital Ensenada ISSSTE reportado en el Sistema de Información Estadística de Medicina Preventiva (SIEMP). De acuerdo con el Lineamiento General de Vacunación (SSA, 2024, pág.3) <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/lineamientos-generales-2024>), objetivo es lograr el 95% de cobertura de vacunación por entidad federativa con cada uno de los biológicos del PVU.

Tabla 3. Coberturas (%) de Vacunación por tipo de Biológico, Clínica Hospital Ensenada ISSSTE, enero-diciembre, 2024

Biológico	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
SR	3	0	109	280	80	3	37	97	103	20	6	0
DPT	475	85	65	130	115	90	110	165	45	450	140	80
Hepatitis B	37	37	40	20	50	53	103	93	67	60	50	50
Hexavalente	206	114	156	144	122	86	124	100	138	170	155	125
Neumocócica	91	42	56	58	40	73	146	133	156	163	137	153
Rotavirus	312	182	218	153	165	65	165	94	188	159	141	135
BCG	240	150	100	120	160	290	490	480	280	140	110	200
SRP	163	103	205	248	40	83	130	168	115	185	80	120

Figura 2. Coberturas de vacunación en Esquema Completo para población infantil en grupos etarios de menores de un año de edad, uno, cuatro y seis años, Clínica Hospital ISSSTE Ensenada, 2024



Nota: En la tabla 3 se muestra el porcentaje de cobertura de vacunación de cada uno de los biológicos del Programa de Vacunación Universal (PVU) aplicados a niños de 0 a 9 años durante enero a diciembre de 2024 en Clínica Hospital Ensenada ISSSTE reportado en el Sistema de Información Estadística de Medicina Preventiva (SIEMP). De acuerdo con el Lineamiento General de Vacunación (SSA, 2024, pág.3) <https://www.gob.mx/salud%7CCensia/documentos/lineamientos-generales-2024>, objetivo es lograr el 95% de cobertura de vacunación por entidad federativa con cada uno de los biológicos del PVU.

Discusión

Las coberturas excepcionales observadas en varios biológicos, particularmente la vacuna BCG que alcanzó hasta 490% en 2024, reflejan tanto la efectividad del sistema digital implementado como posibles limitaciones en los denominadores poblacionales utilizados. Estos resultados contrastan significativamente con las coberturas nacionales reportadas por (Mongua Rodríguez et al., 2024), quienes encontraron coberturas de BCG del 86.5% durante 2021-2023. La discrepancia sugiere que las TIC pueden ser especialmente efectivas en contextos institucionales específicos, pero también plantea interrogantes sobre la metodología de cálculo de coberturas y la necesidad de ajustes en los

denominadores poblacionales. Los resultados evidencian un impacto diferencial de las TIC según los grupos de edad. Durante 2023, las coberturas de esquema completo fueron consistentemente elevadas, mientras que en 2024 se observó una disminución notable, especialmente en menores de un año y niños de 1 año. Esta variación temporal sugiere que la efectividad de las TIC puede estar influenciada por factores contextuales, cambios en la población objetivo, o modificaciones en los procesos de registro y seguimiento.

Las redes sociales utilizadas en el contexto de la atención primaria, como señalan (Grosso et al., 2023), tienen potencial para ser herramientas eficaces al fomentar la confianza médica y llegar simultáneamente a múltiples pacientes. El desarrollo del sistema digital para la vacuna BCG representa una innovación significativa en el manejo de vacunas multidosis. La problemática identificada, la necesidad de reunir 10 recién nacidos para optimizar el uso de cada vial y evitar desperdicios es común en sistemas de salud con recursos limitados. La solución implementada mediante formularios en línea no sólo resolvió el desafío logístico, sino que resultó en coberturas extraordinariamente elevadas. Esta estrategia coincide con las recomendaciones de (Kanagat et al., 2023) sobre la importancia de optimizar las presentaciones de vacunas multidosis para maximizar la cobertura y minimizar desperdicios.

Las estrategias innovadoras en enfermería basadas en plataformas digitales, como describen (Canelo Montero et al., 2025), han demostrado efectividad en comunidades vulnerables, pero requieren adaptación continua a contextos específicos. Los resultados deben interpretarse considerando varias limitaciones metodológicas.

En México, las vacunas son gratuitas en todas las instituciones de salud, sin requerir derechohabiencia para solicitar el servicio, por lo que las coberturas superiores al 100% indican aspectos a atender en los denominadores poblacionales, migración de población entre jurisdicciones, o diferencias en los criterios de elegibilidad. Además, como señalan (Pavia et al., 2024), los sistemas digitales pueden ser complejos y requerir capacitación adecuada para usuarios y administradores. La aplicación de vacunas seguras se encuentra descrita en el Objetivo 3 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) en su meta 3.8 se señala la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (OMS, Organización de las Naciones Unidas, 2015).

Conclusiones

En este estudio, las plataformas digitales aportaron a establecer canales de comunicación directa y bidireccional entre los servicios de salud y la comunidad permitiendo respuestas oportunas a inquietudes, educación continua sobre la importancia de la vacunación, y generación de confianza en los programas de inmunización, elementos fundamentales para el éxito de cualquier intervención de salud pública. La experiencia documentada proporciona un modelo replicable para otras instituciones de salud.

Como limitaciones importantes para futuras implementaciones se pueden mencionar: mejorar las metodologías de cálculo de coberturas, mantener denominadores poblacionales actualizados y desarrollar indicadores más granulares, que reflejen la realidad de poblaciones móviles.

Los hallazgos sugieren que las políticas públicas de vacunación deben incorporar estratégicamente las TIC, siendo efectivas para superar barreras logísticas específicas, como el manejo de vacunas multidosis, y para mejorar la comunicación con comunidades vulnerables. Los autores recomiendan: 1) Integrar las TIC en los programas nacionales de vacunación; 2) Desarrollar protocolos estandarizados para el uso de formularios digitales en vacunas multidosis; 3) Capacitar continuamente al personal de salud en el uso de tecnologías digitales; y 4) Realizar estudios de costo-efectividad para informar decisiones de política pública sobre escalamiento de estas estrategias.

Referencias

- Bloom, D. E. (2011). The Value of Vaccination. En N. Curtis, A. Finn, & A. J. Pollard (Eds.), *Hot Topics in Infection and Immunity in Children VII* (Vol. 697, pp. 1-8). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7185-2_1
- Canelo Montero, M. S., Ferrer Mejía, M. L., Siccha Macassi, A. L., Teodosio Ydrugo, M. E., & Mancha Alvarez, V. (2025). *Estrategias innovadoras en enfermería: aceptación de la vacunación en comunidades vulnerables mediante tecnología de información*. 5, 25-30. <https://doi.org/10.53684/csp.v5i1.126>
- Cruz Romero, E., & Pacheco Rios, A. (2013). *Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez"*. 20, 6-11. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30078-5](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30078-5)

- De Expertos Independientes, P. (2024). Programa de Vacunación Universal de México, retos y propuestas de mejora. *Salud Pública de México*, 66(4, jul-ago), 607-616. <https://doi.org/10.21149/16203>
- Díaz de León Castañeda, C. (2020). *Las TIC en el sector público del Sistema de Salud de México: Avances y oportunidades*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662020000100131
- Ehreth, J. (2003). The value of vaccination: A global perspective. *Vaccine*, 21(27-30), 4105-4117. [https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(03\)00377-3](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(03)00377-3)
- François, G., Duclos, P., Margolis, H., Lavanchy, D., Siegrist, C.-A., Meheus, A., Lambert, P.-H., Emiroğlu, N., Badur, S., & Van Damme, P. (2005). Vaccine Safety Controversies and the Future of Vaccination Programs: *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 24(11), 953-961. <https://doi.org/10.1097/01.inf.0000183853.16113.a6>
- Grosso, F. M., Baldassarre, M. E., Grosso, R., Di Mauro, F., Greco, C., Greco, S., Laforgia, N., & Di Mauro, A. (2023). ¿Las intervenciones en las redes sociales aumentan la aceptación de la vacuna? 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1077953>
- Kanagat, N., Krudwig, K., Wilkins, K. A., Kaweme, S., Phiri, G., Mwansa, F. D., Myudura, M., Robertson, J., Kristensen, D., Gueye, A., Dao, S. D., Thai, P. Q., Nguyen, H. T., & Tran, T. C. (2023). *Preferencias y perspectivas de los profesionales sanitarios sobre las dosis por envase de dos vacunas liofilizadas en Senegal, Vietnam y Zambia*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00112>
- Luyten, J., & Beutels, P. (2016). The Social Value Of Vaccination Programs: Beyond Cost-Effectiveness. *Health Affairs*, 35(2), 212-218. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1088>
- Mongua Rodríguez, N., Delgado Sanchez, G., Ferreira Guerrero, E., Ferreyra Reyes, L., Martínez Hernández, M., Canizalez Quintero, S., Téllez Vázquez, N. A., & García García, L. (2024). *Vacunación en menores de cinco años*. <https://doi.org/10.21149/15793>
- Mongua-Rodríguez, N., Delgado-Sánchez, G., Ferreira-Guerrero, E., Ferreyra-Reyes, L., Martínez-Hernández, M., Canizales-Quintero, S., Téllez-Vázquez, N. A., & García-García, L. (2023). Cobertura de vacunación en niños, niñas y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 65, s23-s33. <https://doi.org/10.21149/14790>
- Onigbogi, O., Omobola, Y. O., Ulla-Mari, K., & Kaija, S. (2025). *Intervenciones sanitarias móviles sobre la cobertura de vacunación en*

- niños menores de 5 años en países de ingresos bajos y medios: Una revisión exploratoria*. 23. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1392709>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Ortega, J. L. D., Hervert, L. P. C., Guerrero, E. F., Reyes, L. F., Sánchez, G. D., & García, M. de L. G. (2018). *Cobertura de vacunación y proporción de esquema incompleto en niños menores de siete años en México*. 60. <https://doi.org/10.21149/8812>
- Pavia, G., Branda, F., Ciccozzi, A., Romano, C., Locci, C., Azzena, I., Pascale, N., Marascio, N., Quirino, A., Matera, G., Giovanetti, M., Casu, M., Sanna, D., Ceccarelli, G., Ciccozzi, M., & Scarpa, F. (2024). *Integración de soluciones de salud digital con estrategias de inmunización: Mejora de la cobertura y el seguimiento de la inmunización en la era pos-COVID-19*. 12(8), 847. <https://doi.org/10.3390/vacunas12080847>
- Rosas-Hernández, L. C., Astorga Portugal, M., & Avilés Rodríguez, G. J. (2025). Integrando la inteligencia artificial en la formación de enfermería: Un enfoque avanzado. In *Adopción de la inteligencia artificial y tecnologías digitales en la ... - Google Libros* (1ra ed., Vol. 1, pp. 39–47). Qartuppi. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UrZNEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&ots=Vb4v0dtd7d&sig=Upcv2QJ2FbSepQlk059s-6A00ww#v=onepage&q&f=false>
- Secretaría de Salud. (2025). *Lineamientos Generales de Vacunación*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/977163/Lineamientos_Generales_2025_.pdf
- Secretaría de Salud, S. (2022, febrero 24). *Manual de Vacunación 2021*. <https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/manual-de-vacunacion-2021-295402?idiom=es#:~:text=El%20Manual%20de%20Vacunaci%C3%B3n%20es,la%20prevenci%C3%B3n%20de%20enfermedades%20inmunoprevenibles>
- SLIPE, S. L. de I. P. (2023). *Innovación y Gestión en la Vacunación: Trazabilidad y calidad en Latinoamérica y Caribe Latino, sentando las bases para un plan de acción regional*.
- UNICEF. (2024). *La importancia de las vacunas en el desarrollo*. <https://www.unicef.es/blog/vacunacion/importancia-vacunas-en-el-desarrollo>

Capítulo 27. Relación entre el consumo de alcohol y las creencias del consumo de alcohol en adolescentes

CARLOS REYES-SÁNCHEZ
ALEXIA GABRIELA CORTES-ARZATE
VERÓNICA GUZMÁN-RAMÍREZ
MILDRED ASTRID MORENO-CRUZ
JOSÉ ADOLFO RAMOS-ZAMORA

Introducción

El consumo de alcohol representa un problema de alcance mundial que pone en manifiesto el peligro para el desarrollo individual y colectivo, conviene subrayar que causa producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.3% de todas las defunciones de este grupo, además de causar daños a la salud física y psíquica (Organización Mundial de Salud [OMS], 2022). En el continente americano, el consumo de alcohol se relaciona con más de 60 enfermedades y con problemas de orden social como violencia familiar, problemas económicos, abuso de menores, comportamiento violento, traumatismos, accidentes de transporte, agresiones (homicidios), tumores malignos (Ramírez et al., 2024).

En México es alarmante el consumo excesivo en la población de los adolescentes, lo que se refleja en el 21% del consumo actual de alcohol, el 13.9% de consumo excesivo en el último año y el 3.4% en el último mes (Shamah-Levy et al., 2024). Cabe mencionar que durante la adolescencia se adoptan creencias e intenciones en ocasiones erróneas asociadas al consumo de alcohol (Prieto-Damm, 2023), que los condicionan a la hora de decidir el inicio de este consumo (Temporelli & Viego, 2024), iniciar vida sexual a temprana edad, tener relaciones sexuales desprotegidas o bajo el influjo de alcohol o drogas, manejar a exceso de velocidad o bajo la influencia del alcohol (Acevedo et al., 2021).

Por tanto, los adolescentes que se abstienen de consumir alcohol tienen el conocimiento de que pueden experimentar consecuencias ne-

gativas en comparación con los que consumen, ya que estiman que sufren menos consecuencias negativas y más consecuencias positivas, lo que hace más probable continuar con la ingesta de alcohol (Delgado-Anguiano et al., 2023). De esta forma, los adolescentes le adjudican al consumo de alcohol las creencias de efectos positivos; a su vez, esto constituye un factor de riesgo actual y potencial para poblaciones adolescentes (Tanné, 2023).

Cabe mencionar que gran parte de los adolescentes cuenta con la creencia que alcohol no es una droga y se le excluye como tal de este grupo y genera cierta invisibilidad al riesgo del consumo de esta sustancia (Alaniz, 2023). En este sentido, las creencias constituyen una red que empieza a tejerse a partir del intercambio social entre el adolescente, familia, comunidad y sus pares importantes; creencias que se consolidan con el tiempo a partir de aprendizaje vicario por las experiencias de los modelos de consumo (padres, amigos, pareja), de las afirmaciones y expectativas mantenidas por la cultura a favor del consumo y de las experiencias directas de consumo del sujeto (Montejo et al., 2023). Por todo lo anterior, el objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre el consumo de alcohol y las creencias sobre el consumo de alcohol en adolescentes.

Metodología

Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional (Grove y Gray, 2019). La población de estudio estuvo conformada por 495 estudiantes de 12 a 15 años, de ambos sexos, pertenecientes a una secundaria de Nuevo Laredo, Tamaulipas. La muestra se calculó con un intervalo de confianza del 95%, límite de error de estimación del 0.05 y desviación estándar de 0.5, con un error estimado del 5%, con un valor z de 1.96, para una potencia de 90%. Por tanto, estuvo conformada por 191 adolescentes. El muestreo fue probabilístico, unietápico con unidad muestral el aula de clase.

Se aplicó una cédula de datos personales y prevalencia de consumo de alcohol. Estuvo estructurada en dos apartados: el primero contó con ocho preguntas y brindó información sobre los datos personales, como el sexo, edad, lugar que ocupa dentro de la familia, ocupación y estado civil. El segundo apartado fue referente a la prevalencia de consumo de alcohol, que estuvo constituida por seis preguntas: prevalencias de consumo, edad de inicio y cantidad de consumo de alcohol.

Se aplicó el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) que es una escala adaptada a México (Mora-Rios et al., 2000) cuyo objetivo es medir las creencias positivas que el adolescente tiene con respecto al consumo de alcohol, está formado por 26 preguntas con una escala tipo Likert donde 1 es totalmente en desacuerdo, 2 poco de acuerdo, 3 muy de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Interpretándose que, a mayor puntaje, mayores son las creencias positivas hacia el alcohol. En la investigación se obtuvo una consistencia interna aceptable ($\alpha=.94$) (Grove, y Gray, 2019).

Por último, se aplicó el Cuestionario Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) (De La Fuente & Kershenovich, 1992), que examina el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses y los problemas que ocasiona el consumo de la bebida alcohólica; consta de 10 reactivos. El patrón de respuesta para el reactivo 1 es: 0, que corresponde a nunca; 1, una vez al mes; 2, dos o cuatro veces al mes; 3, dos o tres veces por semana; y 4, cuatro o más veces por semana. Para el reactivo 2, su respuesta va de 0: que corresponde a una o dos copas, 1: tres o cuatro copas, 2: cinco o seis copas, 3: siete a nueve copas, 4: diez copas o más. Los reactivos 3, 4, 5, 6, 7, 8 tienen cinco tipos de respuesta donde el 0 es nunca, 1 menos de una vez al mes, 2 corresponde a mensualmente, 3 a semanalmente y 4 a diario o casi diario. Para los reactivos 9 y 10, las respuestas oscilan de 0 a 4, donde 0 corresponde a no, el 2 corresponde a sí, pero no en el último año, y el 4 a sí en el último año.

Este cuestionario tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. Su punto de corte es 8 y significa que, a más de 8 puntos, se tienen problemas con la forma de beber. Las puntuaciones para el tipo de consumo de alcohol son las siguientes: 0-3 puntos, consumo riesgoso; si se obtienen de 4 a 7 puntos, se tienen problemas en el consumo (consumo dependiente) y de 8 a 40 se considera consumo dañino. En la investigación se obtuvo una consistencia interna aceptable ($\alpha=.79$) (Grove, y Gray, 2019).

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). Se contó con la aprobación de la comisión de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo Laredo. Después se procedió a solicitar la autorización por escrito de las autoridades de la institución educativa para realizar el presente estudio. Además, se solicitó el número de

adolescentes matriculados en la institución por grado, grupo y turno para realizar los diferentes extractos y así elegir los grupos a encuestar.

Una vez seleccionado los grupos se acudió a las aulas de clase en coordinación con el personal de la institución educativa en la hora programada por este personal, se solicitó el consentimiento informado para los padres o tutores y el asentimiento informado del estudiante para solicitar la autorización de participar en este estudio, se les explicó de manera puntual y breve los objetivos de la investigación, instrumentos de recolección y el tiempo requerido para contestar los instrumentos, así como la manera de proteger la privacidad y la individualidad de los datos que se obtuvieron por medio de su participación. Se inició la recolección de datos con la aplicación de los instrumentos de medición en el aula asignada por los directivos de la institución indicada,

Los autores principales del estudio estuvieron colocados a una distancia prudente si surgían dudas en el llenado de los instrumentos. Se les pidió a los participantes que al terminar de contestar los instrumentos de medición fueran entregados a uno de los que autores y así solo verificar que este contestado de forma completa y así depositarlo en la cajá forrada y sellada que estuvo colocada al fondo del aula para que los estudiantes tuvieran la seguridad que su participación fue anónima. Por último, se les agradeció a los participantes, a los directivos de la institución educativa por su colaboración y como forma de retribución a la sociedad.

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS, 2019) versión 26 para Windows 10. Se obtuvieron sumatorias de los instrumentos utilizados para después realizar la consistencia interna de los instrumentos determinados a través del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. Se obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. Se aplicaron la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de H de Kruskal-Wallis y el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

El 57.6% son del sexo femenino, el 93.2% son solteros, el 36.6% son hermanos mayores y el 100% solo estudia; con lo anterior, se responde al objetivo que menciona identificar las características sociodemográficas de los adolescentes. La media de edad fue de 16.3 ($DE=0.536$), el promedio de consumo de alcohol en un día típico fue

de 3 ($DE=3.707$) y la media de edad de inicio del consumo de alcohol fue de 14.7 ($DE=1.33$).

Tabla 1. Prevalencias del consumo de alcohol de los adolescentes

Variable	No consumo		Si consumo	
	f	%	f	%
Consumo alguna vez en la vida	74	38.7	117	61.3
Consumo en el último año	104	54.5	87	45.5
Consumo en el último mes	157	82.2	34	17.8
Consumo en la última semana	168	88.0	23	12.0

Nota: f=frecuencia; %=porcentaje, n=191

El 61.3% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que el 45.5% en el último año, el 17.8% en el último mes y el 12% en los últimos siete días (Tabla 1).

Tabla 2. Tipo de consumo de alcohol de los adolescentes

Variable	f	%
Consumo riesgoso	36	41.4
Consumo dependiente	28	32.2
Consumo perjudicial	23	26.4

Nota: f=frecuencia; %=porcentaje, n=87

El 41.4% de los adolescentes el tipo de consumo riesgoso, el 32.2% tienen un consumo dependiente y el 26.4% un consumo perjudicial (Tabla 2).

Tabla 3. Diferencias entre las creencias positivas hacia el alcohol y el consumo en el último año en adolescentes

	X	DE	Mdn	U	p
No consumo	43.6	16.277	40.5	3440.000	.004
Si consumo	49.5	15.836	47.0		

Nota: X =Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación Estándar, U=U de Mann-Whitney, p=significancia, n=87

Se encontró que existe diferencia significativa entre las creencias positivas hacia el consumo de alcohol según el consumo en el último año ($U=3440.000$ $p<.050$) La media y mediana altas las obtuvieron los adolescentes que consumieron alcohol en el último año (Tabla 3).

Tabla 4. Diferencias entre las creencias positivas hacia el alcohol y el tipo de consumo de alcohol de los adolescentes

	X	DE	Mdn	H	p
Consumo riesgoso	44.6	13.210	45.5		
Consumo dependiente	49.8	15.910	46.0	6.980	.031
Consumo perjudicial	56.6	17.354	56.0		

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación Estándar, H=H Kruskal-Wallis, p=significancia, n=87

Se encontró que existe diferencia significativa entre las creencias positivas hacia el consumo de alcohol según el tipo de consumo de alcohol ($H=6.980$, $p<.050$). La media y mediana más altas las obtuvieron los adolescentes que reportan un consumo perjudicial (Tabla 4).

Tabla 5. Relación entre las creencias positivas hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en adolescentes

Variable	1	2
1. Consumo de alcohol	1	
2. Creencias positivas hacia el alcohol	.297**	1

Nota: *<.050, **<.001, n=191

Se encontró que existe una correlación positiva significativa entre las creencias positivas hacia el alcohol y el consumo de alcohol ($r_s=.297$, $p<.050$). Esto quiere decir que los adolescentes con un mayor número de creencias positivas hacia el alcohol tienden a consumir más alcohol (Tabla 5).

Discusión

El presente estudio permitió profundizar sobre el consumo de alcohol de los adolescentes, encontrando que la edad de inicio osciló entre los 13 y 16 años. Este resultado concuerda con lo encontrado por García et al. (2020), Rial et al. (2020) y Noh-Moo et al. (2021). Esto podría ser explicado por que las bebidas alcohólicas son consideradas de inicio por los adolescentes, además de ser de fácil acceso en supermercados, discotecas, fiestas, celebraciones familiares o en las propias casas (Vilatoro-Velázquez et al., 2023).

En relación con las prevalencias de consumo de alcohol, la mayoría de los adolescentes ha probado el alcohol; menos de la mitad consume actualmente; una quinta parte consumió en el último mes. Estos resul-

tados concuerdan con lo reportado por Cortaza-Ramírez et al. (2022); Rial et al. (2020); Shamah-Levy et al. (2024); Noh-Moo et al. (2021) y son inferiores a lo encontrado por García et al. (2020), encontrando una mayor proporción de consumo de alcohol. Estos resultados podrían ser explicados porque el consumo de alcohol es empleado por los adolescentes para socializar, divertirse y compartir con amigos, sufriendo necesidades de interacción e inclusión social (Alonso-Castillo et al., 2024).

Además, menos de la mitad de los adolescentes obtuvieron un tipo de consumo de alcohol riesgoso, un tercio reportó tener dependencia del alcohol y una cuarta parte consume alcohol de forma perjudicial. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Castro-Ochoa & Moreta-Herrera (2023) y Noh-Moo et al. (2021). Y difieren por lo reportado por Shamah-Levy et al. (2024), que reportan un menor consumo perjudicial en los adolescentes. Estos resultados pueden ser explicados porque los adolescentes reciben la influencia del contexto y de sus pares significativos para desarrollar conductas de riesgo. Es aquí donde la adquisición de las habilidades para la vida adquiere gran relevancia para poder controlar su comportamiento ante el consumo de alcohol y las consecuencias que de este se producen.

Por otra parte, se identificó que los adolescentes que consumieron alcohol en el último año tenían los puntajes más altos de creencias positivas hacia el consumo de alcohol. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Cortaza-Ramírez et al. (2022) y pueden ser explicados porque los adolescentes que han tenido contacto con el consumo de alcohol presentan mayores niveles de actitud, intenciones y creencias de mantener un consumo de alcohol, ya que le adjuntan el significado de convivencia, relajación, desinhibición.

Por otro lado, los adolescentes que tenían un consumo de tipo perjudicial son los que reportaron un mayor puntaje de creencias positivas hacia el consumo de alcohol. Estos resultados concuerdan con lo obtenido por Castro-Ochoa y Moreta-Herrera (2023) los cuales pueden ser explicados debido a que juega un papel fundamental la calidad de la información que posee el adolescente en cuanto a su contenido, credibilidad, el vínculo relacional con las fuentes, los medios y recursos a través de los cuales recibe la información, las opiniones de personas significativas y, en sentido general, la educación sobre el tema, para crear significados positivos o negativos en dicha sustancia (Segovia-Quesada et al., 2020).

Por último, se mostró que los adolescentes que reportan mayor puntaje de creencias positivas hacia el consumo de alcohol realizan mayor consumo de alcohol. Estos resultados son similares a lo reportado por Castro-Ochoa et al. (2023) y López-Steinmetz et al. (2020). Estos resultados pueden ser explicados por el nivel de conocimientos que posee el adolescente sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol y a las consecuencias negativas inmediatas y mediatas que puede provocar, las creencias positivas y juicios que se han conformado culturalmente son lo que lo alienta o detiene a consumir dicha sustancia. Cabe resaltar que se deben implementar programas orientados a la concientización de los riesgos que conlleva el consumo de alcohol y de la importancia del consumo responsable para así disminuir los riesgos asociados a este consumo (Ponce-Guerra et al., 2025).

Conclusión

En conclusión, los adolescentes que participaron en el estudio refirieron haber probado alcohol, de los cuales menos de la mitad refirieron consumir actualmente. En cuanto al tipo de consumo de alcohol, predominó el consumo de forma riesgosa, aunque también se identificaron adolescentes que realizaban un consumo dependiente y dañino del alcohol. Respecto a las creencias, se identificó que las creencias positivas hacia el consumo de alcohol dependen del consumo en el último año y del tipo de consumo de alcohol. Por último, se encontró que los adolescentes con un mayor número de creencias positivas hacia el alcohol tienden a consumir mayor cantidad de alcohol.

Referencias

- Acevedo, M. G. G., Hernández, S. P., Delgado, A. B. Á., Arroyo, M. L. D. Á., & Jara, M. V. (2021). Embarazo en adolescentes relacionado con sus hábitos sexuales y consumo de drogas. *Enfermería y Educación*, 15. <https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/25415/Libro%20Investigaci%C3%B3n%20en%20Salud%20%286%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y#page=15>
- Alaniz, D. A. (2023). La víctima en el delito de manejo de sustancias peligrosas. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/8781>

- Alonso-Castillo, M. M., Clara-Carrera, B. S., Oliva-Rodríguez, N. N., Armendáriz-García, N. A., & López-Cisneros, M. A. (2024). Perceived Self-Control and Alcohol Consumption Among School-Aged Adolescents in a Rural Area. *Horizon Interdisciplinary Journal*, 2(4). <https://doi.org/10.56935/hij.v2i4.40>
- Castro-Ochoa, F., & Moreta-Herrera, R. (2023). Expectativas hacia el alcohol, dificultades de regulación emocional y consumo de alcohol en adolescentes: modelo explicativo. *CES Psicología*, 16(2), 149-162. <https://doi.org/10.21615/cesp.6562>
- Cortaza-Ramírez, L., Salas-García, B., Zúñiga-Torres, B. A., & de San Jorge-Cárdenas, X. (2022). Expectativas hacia el consumo de alcohol en estudiantes de primaria. *Index de Enfermería*, 31(1), 24-28. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000100007&lng=es
- De la Fuente & Kershenovich. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 45-51.
- Delgado-Anguiano, D. A., Estrada-Rosales, A. L., y Orozco-Calderón, G. (2023). Alteraciones psicosociales y neuropsicológicas del trastorno del comportamiento adictivo con y sin sustancias en adultos. *Ciencia & Futuro*, 13(2), 317-340. Disponible en: <http://200.14.55.71/index.php/revistacyf/article/view/2310>
- Diario Oficial de la Federación, (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México: Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4447_RLGSMIS.pdf
- García, G. P., Trejo-Lerma, A. G., Hinojosa-García, L., Jiménez-Martínez, A. A., & Gracia-Castillo, G. N. (2020). Prevalencia y creencias asociadas al consumo de alcohol en mujeres universitarias. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 20(2), 81-87. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i2.528>
- Grove, S. K., y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier Health Sciences (ed.); 7 ed. Barcelona, España.
- López-Steinmetz L. C, Ángeles Ross P, Del Milagro Quinteros S, Lupo AP, Gíania Soledad Romero, André Ricardo Píacentini. (2020). Consumo de bebidas alcohólicas según expectativas y contextos en adolescentes de Córdoba y Santiago del Estero, Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 66(1), 7-19. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=40d8806b-c796-3427-940d-3f2b1a00e290>

- Montejo, N. Q., Peña, N. V. V., & Torres, L. C. D. (2023). La construcción del conocimiento en cirugía: un proceso artesanal. *Cirugía Española*, 101(8), 565-569. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.02.021>
- Mora-Rios, J., Natera, G., Villatoro, J., & Villavazo, R. (2000). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología conductual*, 8(2), 319-328. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Mora-Rios_8-2oa-1.pdf
- Noh-Moo, P., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., & Castillo-Arcos, L. d. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 216-229. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.565>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Alcohol. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Ponce-Guerra, C., Cañas-Lucendo, M., Granizo-Lara, L., & Guijarro-Orozco, G. (2025). Comparación de expectativas de consumo hacia el alcohol en relación al género en adolescentes de Riobamba, Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 10(2), 1389-1402. <https://doi.org/10.23857/pc.v10i3.9172>
- Prieto-Damm, B. (2023). Determinación de factores de riesgo y protectores de consumo de alcohol y marihuana en escolares chilenos. Tesis doctoral. Universidad de Navarra, Pamplona. DOI: 10.15581/10171/65207
- Ramírez, J. A., Alvarado, S. H., de la Torre, G. G., Montoya, D. S. H., & Kimura, L. Y. (2024). Pubertad, adolescencia y juventud.
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., & Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *adicciones*, 32(1), 52-62. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1266>
- Segovia-Quesada, S., Fuster-Guillén, D., & Ocaña-Fernández, Y. (2020). Resiliencia del docente en situaciones de enseñanza y aprendizaje en escuelas rurales de Perú. *Revista Electrónica Educare*, 24(2), 411-436. Doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.24-2.20>
- Shamah-Levy, T., Lazcano-Ponce, E. C., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R. & Méndez-Gómez-Humarán, I. (2024). Encuesta Nacional de Salud y nutrición continua 2023. *Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud

- Pública. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/doctos/informes/ensanut_23_112024.pdf
- Statistical Package for the Social Sciences [SPSS, 2019], Inc. Base 26.0 para Windows.
- Tanné, C. (2023). Actividades físicas y deportivas de niños y adolescentes: de las creencias a las recomendaciones de salud. *EMC-Podología*, 25(2), 1-10. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1762-827X\(23\)47628-6](https://doi.org/10.1016/S1762-827X(23)47628-6)
- Temporelli, K., & Viego, V. (2024). Consumo de alcohol y conductas de riesgo en adolescentes de argentina. *Horizonte sanitario*, 23(2), 345-356. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5846>
- Villatoro-Velázquez, J. A., Bustos-Gamiño, M. N., Mondragón-Gómez, R., López-Brambila, M. A., Lozano-Morales, V., Romero-Martínez, M., Soto-Hernández, I. Ordoñez-Andrade, M. & Hernández-Llanes, N. (2023) La Disponibilidad de Alcohol y su Consumo Excesivo: Latas y botellas a la vuelta de la esquina. Ciudad de México, México: INPRFM, OPS. https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Villatoro-Velazquez/publication/370099942_La_Disponibilidad_de_Alcohol_y_su_Consumo_Excesivo_Latas_y_botellas_a_la_vuelta_de_la_esquina/links/649a40dab9ed6874a5dcec7c/La-Disponibilidad-de-Alcohol-y-su-Consumo-Excesivo-Latas-y-botellas-a-la-vuelta-de-la-esquina.pdf

Capítulo 28. Actitudes negativas y autoeficacia para envejecer en personas adultas del Norte y Centro de México

CLAUDIA JENNIFER DOMÍNGUEZ-CHÁVEZ

ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO

JUANA EDITH CRUZ-QUEVEDO

Introducción

A lo largo de la historia las sociedades han dado diversos significados a la experiencia de envejecer, incluyendo para ello expectativas y suposiciones de cómo es envejecer y/o cómo se debería envejecer (Morgan y Kunkel, 2007). De manera colectiva se han construido estereotipos negativos y prejuicios asociados a la edad, mismos que promueven actitudes negativas, favoreciendo la discriminación en contra de las personas mayores, situaciones que generan afectaciones a nivel individual, social e institucional, situación que es denominada como edadismo (Marques et al. 2020; Morgan y Kunkel, 2007; Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2021).

Evidencia reciente sugiere que durante la pandemia por COVID-19, las actitudes negativas y discriminación a las personas mayores se incrementó de manera importante, afectando la esfera social y psicológica de este grupo etario (Ramos, 2019). En este sentido, se reconoce que estas actitudes negativas que son percibidas por las personas mayores pueden asociarse con la presencia de síntomas de depresión, abandono, afectación de la salud física, cognitiva, mental, de la calidad de vida y baja autoestima (Bergman y Segel-Karpas, 2021; Gvili y Bodner, 2021; Hu et al. 2021; Krajewska-Kulak et al. 2021; Marquet, 2019).

Se reconoce que la edad y el sexo son factores asociados con las actitudes negativas que se ejercen contra las personas mayores, sin embargo, la evidencia no es concluyente sobre la edad en la que es más frecuente y si es ejercido mayormente por mujeres o por hombres, sin embargo, se reconoce que el edadismo no solo afecta a las personas mayores, sino también a la población que lo ejerce y que a la vez

se encuentran envejeciendo (Marques et al. 2020). En la población de personas adultas jóvenes se ha reportado que los estereotipos, discriminación y prejuicios hacia el proceso de envejecimiento, pueden asociarse con las experiencias desfavorables como lo son, la mala condición financiera y física que afrontan las personas adultas mayores con las que tienen lazos familiares o sociales, lo que a su vez favorece a la ansiedad ante la vejez (Kim et al. 2021).

Además, la percepción social sobre el proceso de envejecer puede contribuir a generar creencias sobre la capacidad para enfrentar las situaciones relacionadas con la esfera social y el estado de salud que se tendrá al llegar a ser una persona mayor, dando origen a la autoeficacia para envejecer (Fernández-Ballesteros, 2002; Pavón, 2012). En este sentido Fernández-Ballesteros et al. (2008) consideran que la autoeficacia para envejecer es uno de los factores que puede atribuir a lograr un envejecimiento exitoso, saludable y activo. Evidencia previa reporta, que la autoeficacia para envejecer se relaciona de manera favorable con el bienestar psicológico (Pavón, 2012). Esta óptica del proceso de envejecer muestra que aún hay factores que surgen desde las dinámicas sociales como las actitudes negativas hacia las personas mayores, que pueden contribuir al estado de salud de las personas que envejecen, no obstante, son conceptos poco estudiados, por lo que se consideran que aún se encuentran en constante construcción y evolución.

Lo anterior mencionado destaca la importancia de estudiar las actitudes negativas hacia las personas mayores y la autoeficacia para envejecer en personas adultas jóvenes, ya que la información contribuirá a dar continuidad al cuerpo de conocimientos que permita identificar los estereotipos negativos asociados al proceso de envejecimiento, con la intención de lograr una comprensión mayor del edadismo y contribuir a la creación de intervenciones intergeneracionales dirigidas a la comunidad en general en pro de la reducción de las actitudes negativas y discriminación hacia las personas mayores.

Por tanto, la investigación tuvo como objetivo el identificar la relación entre las actitudes negativas para las personas mayores y la autoeficacia para envejecer en personas adultas del norte y centro de México. De manera adicional se analizaron las diferencias por sexo para ambas variables.

Métodos

Se consideró un diseño de tipo descriptivo e inferencial, ya que se describieron las variables de estudio, su relación y se determinó la diferencia por sexo en las actitudes negativas para las personas mayores y la autoeficacia para envejecer. Participaron 126 personas adultas jóvenes de cinco estados del norte y centro de México (Baja California, Sonora, Sinaloa, Veracruz y Puebla).

El muestreo fue no aleatorio por conveniencia, empleado para ello la invitación indirecta por medio de publicaciones en redes sociales oficiales. Se incluyeron personas adultas entre los 18 y 35 años, que sabían leer y contaban con acceso a un correo electrónico personal internet y un dispositivo electrónico (computadora, celular, tableta electrónica) que les permitiera ingresar al enlace para responder las escalas.

Procedimientos para la Recolección de Datos

Una vez obtenida la aprobación por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, se procedió a publicar el flyer de invitación para participar en el proyecto en redes sociales de la Unidad Académica. En dicha publicación se integraron los criterios de la investigación y el enlace que dirigía a la persona al consentimiento informado, en el que se presentaban el objetivo, beneficios y la posibilidad de retractarse cuando así lo decidiera sin recibir represalias. Posterior a la lectura, si la persona estaba de acuerdo informaba de su aceptación al dar clic en la opción “Sí, doy mi consentimiento”, para enseguida tener acceso a los instrumentos. En caso de decidir no participar tras leer el consentimiento, la persona tenía la opción “No estoy de acuerdo en participar”, en donde se daba por entendido que la persona rechazaba ser parte de la investigación, continuando con un breve agradecimiento por escrito de parte del equipo de investigación, lo que evitaba el acceso a los instrumentos.

El enlace para la recolección de datos permaneció abierto por un lapso de ocho meses para lograr la muestra antes mencionada. Posterior a ello, el acceso al enlace fue bloqueado para comenzar el análisis de los datos.

Instrumentos

En cuanto a los instrumentos se incluyó cédula de datos sociodemográficos elaborada exprofeso en la que se incluyeron las siguientes variables: sexo, edad, estado en el que vive, estado civil, ocupación, si vive con una persona mayor, si una persona mayor depende económicamente del participante y si es responsable del cuidado de alguna persona mayor ya sea familiar o cercano (amigo/vecino).

Para evaluar las actitudes hacia la vejez, respondieron el instrumento diseñado y validado en población mexicana por Hernández-Pozo et al. (2009) reconocido por sus siglas como Cuestionario de Actitudes ante la Vejez. Se compone de 21 frases distribuidas en tres subescalas: a) estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez (ítems 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19); b) miedo al propio envejecimiento (ítems 1, 2, 3 y 4); y c) miedo al deterioro intelectual y al abandono (ítems 6, 7, 8, 20, 21) (Prieto et al., 2021). La escala de respuesta es de tipo Likert de uno a cuatro, donde uno es igual a completamente en desacuerdo y 4=completamente de acuerdo, en donde a menor puntaje, menor presencia de actitudes negativas hacia la vejez. Este instrumento ha mostrado una adecuada consistencia interna en población de México y España (Hernández-Pozo et al. 2009; Prieto et al., 2021).

Además, se empleó la Escala de Autoeficacia para Envejecer de Fernández-Ballesteros et al. (2008), integrada por 10 ítems distribuidos en cuatro subescalas: a) salud ítems 1 y 6; b) cognición ítems 3 y 9; c) habilidades físico-funcionales ítems 4, 8 y 10 y d) habilidades socioemocionales ítems 2, 5 y 7 (Menéndez y Pérez, 2019), (Caycho, et al., 2018). Cuenta con una escala de respuesta de tipo Likert que va de cero a cuatro (nada, algo, bastante y mucho) en donde un mayor puntaje indica una mayor percepción de autoeficacia para envejecer. En cuanto a la confiabilidad, se ha mostrado que cuenta con una adecuada consistencia interna ($\alpha=.87$), validez convergente y discriminante (Caycho-Rodríguez, et al. 2018).

Plan para el Análisis de Datos

El análisis de los datos fue con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 25 en español. Para identificar la relación entre las variables se aplicó la prueba Pearson y para las diferencias por sexo, la prueba t de Student y U de Mann Whitney.

Consideraciones Éticas

La investigación se realizó en el marco de la Declaración de Helsinki y acorde a la reglamentación vigente en México para realizar investigaciones en materia de salud. El protocolo fue sometido a evaluación ante el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California para obtener su aprobación (Artículo 14, fracciones VII y VIII).

En todo momento se mantuvo el bienestar y dignidad de las personas, sin anteponer los intereses de la responsable de la investigación y colaboradores por encima de los derechos de las personas participantes (Artículo 13). Para la aplicación de los instrumentos se asignaron folios de manera automática a cada participante para salvaguardar su identidad (Artículo 16). La respuesta virtual favoreció que el participante diera respuesta a los cuestionarios en el horario que lo así lo decidiera, sin ejercer algún tipo de presión.

El consentimiento informado fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y se integró a la plataforma virtual para su lectura y aprobación (Artículo 14, Fracción V; Artículo 22, Fracción II). El consentimiento informado, integraba la información en la que explica el propósito de la investigación, los beneficios y la posibilidad de retractarse cuando así lo decida, sin recibir represalias.

Resultados

El 74.6% ($f=94$) se identificaron como mujeres y el promedio de edad fue de 23.92 años ($DE= 4.03$). Con relación al estado al que pertenecían, en su mayoría fueron de Baja California (40.5%, $f=51$). Respecto al estado civil, 82.5 % ($f=104$) reportaron encontrarse solteras/solteros y la mayoría se dedican a estudiar principalmente (60.3%, $f=76$).

En cuanto a la interacción con personas mayores, 46% ($f=58$) reportaron que viven con una persona mayor, 5.6 % ($f=7$) indicaron que al menos una persona mayor depende económicamente del participante y 19% ($f=24$) se encuentran a cargo del cuidado de una persona mayor, ya sea familiar o cercano (amigo, vecino). Las categorías completas para las variables sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo		
Mujeres	94	74.6
Hombres	32	25.4
Estado de Residencia		
Baja California	51	40.5
Sinaloa	22	17.5
Sonora	11	8.7
Puebla	10	7.9
Veracruz	32	25.4
Estado Civil		
Casada/Casado	16	12.7
Soltera/Soltero	104	82.5
Unión Libre	6	4.8

Actitudes Negativas ante la Vejez

Para esta variable la media fue de 38.03 puntos ($DE=10.28$), con un valor mínimo de 21 y el máximo de 72 puntos. En la tabla 2 se presentan las medias, desviación estándar y valores mínimo y máximo de las tres subescalas que evalúan las actitudes negativas.

Tabla 2. Datos Descriptivos de las Subescalas que Integran las Actitudes Negativas ante la Vejez

<i>Subescala</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	16.43	4.97	11.00	36.00
Miedo al propio envejecimiento	7.20	3.28	4.00	16.00
Miedo al deterioro intelectual y al abandono	12.48	3.44	5.00	20.00

No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en el puntaje global de las actitudes negativas ante la vejez ($t=1.15$, $p=.250$). Sin embargo, al analizar las subescalas, la denominada “Miedo al propio envejecimiento”, presentó diferencias estadísticamente significativas ($U=1135.50$, $p=.036$) siendo las medianas mayores en las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Medianas de las subescalas del Cuestionario de Actitudes ante la vejez

Actitudes ante la vejez Subescalas	Mujer	Hombre
	Mediana	
Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	15.00	15.50
Miedo al propio envejecimiento	7.00	5.00
Miedo al deterioro intelectual y al abandono	15.00	14.00

Autoeficacia para envejecer

La media de esta variable fue de 29.67 puntos ($DE= 5.11$), con un valor mínimo de 19 y el máximo de 40 puntos. En la tabla 4 se presentan las medias, desviación estándar y valores mínimo y máximo de las subescalas que integran la evaluación de la autoeficacia para envejecer.

Tabla 4. Datos Descriptivos de las Subescalas que Integran las Autoeficacia para Envejecer

Subescala	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Salud	6.03	1.17	3.00	8.00
Cognición	5.53	1.26	3.00	8.00
Habilidades físico-funcionales	9.19	1.81	4.00	12.00
Habilidades socioemocionales	8.92	1.84	5.00	12.00

En cuanto al puntaje global de la escala de autoeficacia para envejecer, esta fue significativamente diferente ($t=-3.21$, $p = .002$) entre mujeres ($\bar{X} = 29.55$, $DE= 5.32$) y hombres ($\bar{X} = 31.63$, $DE= 5.17$); respecto a las subescalas, se encontraron diferencias significativas en tres de ellas a favor de los hombres (Tabla 5): cognición ($U=1013.50$, $p=.005$), habilidades físico-funcionales ($U=1003.50$, $p =.004$) y habilidades socioemocionales ($U=1010.50$, $p =.005$).

Tabla 5. Medianas por sexo de las subescalas de la Escala de Autoeficacia para Envejecer

Autoeficacia para envejecer Subescalas	Mujer	Hombre
	Mediana	
Salud	6.00	6.00
Cognición	5.00	6.00
Habilidades físico-funcionales	9.00	10.00
Habilidades socioemocionales	9.00	9.50

Correlación entre Actitudes Negativas y Autoeficacia para Envejecer

Se encontró una correlación moderada y negativa entre las actitudes negativas y la autoeficacia para envejecer ($r = -.342$, $p < .001$).

Discusión

La relación significativa sugiere que a menores actitudes negativas hacia la vejez mayor será la autoeficacia para envejecer. Este dato es relevante puesto que el grupo estudiado es representado por personas adultas jóvenes, en quienes se ha identificado previamente que suelen ejercer actitudes edadistas como parte de la ansiedad que les produce pensar que en el futuro podría envejecer y morir (Bodner, 2009; Ramos, 2019).

La evidencia sugiere que las personas jóvenes ejercen actitudes edadistas, con mayor frecuencia cuando se trata de personas mayores con enfermedades crónicas en comparación con las personas mayores sanas (Bashian y Caskie, 2023). En este sentido, autores como Bodner (2009), proponen que es necesario cambiar el concepto de muerte y de persona mayor, ya que se encuentran vinculados como situaciones negativas que ocurren como una amenaza latente e inevitable, favoreciendo así a que se genere ansiedad ante el envejecimiento, debido en gran parte a lo que social y culturalmente este representa (Bergman y Segel-Karpas, 2021; Carrard et al. 2021; Marques et al. 2020; Ramos, 2019). Ma et al. (2023) reconocen la necesidad de promover el contacto intergeneracional con las poblaciones más jóvenes, con la intención de incrementar las interacciones favorables y de esta manera reducir el estigma y prejuicios, contribuyendo al desarrollo de un mayor sentimiento compasión.

En cuanto a las subescalas del cuestionario de actitudes ante la vejez, se encontró que las mujeres tienen mayor miedo a envejecer en comparación con los hombres. Este dato puede asociarse con la exigencia e importancia que socialmente se le da a la apariencia física e imagen corporal de la mujer, ya que dicha subescala cuestiona aspectos como la tristeza que podría generar verse viejo, el desagrado ante la presencia de arrugas y canas. Carrard et al. (2021) reconocen que las mujeres suelen recibir una mayor presión social para mantenerse jóvenes, por lo que la imagen corporal es importante y el cumplimiento con estas normas sociales suele asociarse con depresión y con una mayor posibilidad de

recurrir a las diversas conductas “antienvejecimiento” que perpetúan el estigma, al visualizar el envejecimiento como una situación reversible y/o curable (Ramos, 2019).

Además, se identificó una menor autoeficacia para envejecer en las mujeres, específicamente en la capacidad para envejecer cognitivamente, físico-funcional y emocionalmente. Esto podría atribuirse a la construcción de las vejez en México, en donde existen inequidades estructurales a lo largo de la vida y se reconoce que mientras los hombres maduran con los años, las mujeres envejecen acumulando daños, contribuyendo así a una visión de vulnerabilidad y fragilidad (Ramos, 2019).

Holstein y Golubov (2010) reconocen que el deterioro corporal de la mujer conforme envejece, representa un peligro para la identidad, especialmente cuando el declive genera un menor rendimiento físico, que a su vez favorece a disminuir o anular las interacciones sociales con el entorno que le rodea. En este sentido, una menor autoeficacia para envejecer podría afectar de manera considerable a la mujer que envejece, afectando sus esferas intrapersonal e interpersonal y contribuyendo así al edadismo internalizado y ejercido a otras personas (Marques et al. 2021; Ramos, 2019).

Conclusiones

Las actitudes negativas para envejecer se relacionan con una percepción menor de la autoeficacia para envejecer en personas adultas jóvenes. Acorde a estos resultados las mujeres tienen mayor miedo a su propio envejecimiento y consideran sentirse menos capaces de envejecer debido a la afectación cognitiva, a la pérdida de las habilidades físico-funcionales y socioemocionales. Estos resultados permitan identificar, la necesidad de sensibilizar a la población en general sobre el proceso de envejecimiento y las vejez diversas, con la intención de erradicar los estereotipos negativos, estigmas y prejuicios que se ejercen contra las personas mayores y que se han perpetuado a lo largo de los años.

Referencias

Bashian, H. M., y Caskie, G. I. L. (2023). Older Adult Health Condition as a Moderator of How Middle-Aged Adults' Ageist Attitudes and Aging Anxiety Relate to Their Compassion for and Emotional

- Distance from Older Adults. *Experimental aging research*, 49(3), 252–270. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2022.2091329>
- Bergman, Y.S. y Segel-Karpas, D. (2021). Aging anxiety, loneliness, and depressive symptoms among middle-aged adults: The moderating role of ageism. *Journal of Affective Disorders*, 1(4), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.077>
- Bodner, E. (2009). On the origins of ageism among older and younger adults. *International psychogeriatrics*, 21(6), 1003–1014. <https://doi.org/10.1017/S104161020999055X>
- Carrard, I., Argyrides, M., Ioannou, X., Kvaem, I. L., Waldherr, K., Harcourt, D., y McArdle, S. (2021). Associations between body dissatisfaction, importance of appearance, and aging anxiety with depression, and appearance-related behaviors in women in mid-life. *Journal of women and aging*, 33(1), 70–83. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681882>
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., Azabache-Alvarado, K., Barboza-Palomino, M., Fergusson-Cárdenas, I., y Rojas-Jara, C. (2018). Evidencias psicométricas iniciales de la escala de autoeficacia para envejecer (EAEE) en adultos mayores peruanos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 12(2), 47–60. <https://doi.org/10.21500/19002386.3421>
- Fernández-Ballesteros, R. Carprara, M.G. y García, L.F. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 63–84.
- Fernández, B. R., Reig, F.A. y Zamarrón, M.D. (2008). Evaluación en psicogerontología en R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (1ªed., Vol.1, pp. 35–96). Piramide.
- Gvili, R.L. y Bodner, E. (2021). Ageist attitudes are associated with will-to-live and moderated by age, medical conditions and attitudes toward aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136736>
- Hernández-Pozo, M. R., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P., y Sánchez, A. (2009). Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. En A.L. González-Celis Rangel (Ed.), *Evaluación en Psicogerontología* (pp. 1–16). Manual Moderno.

- Holstein, M. B., y Golubov, N. (2010). Sobre cómo envejecemos las mujeres. *Debate Feminista*, 42. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2010.42.820>
- Hu, R. X., Luo, M., Zhang, A., y Li, L. W. (2021). Associations of Ageism and Health: A Systematic Review of Quantitative Observational Studies. *Research on aging*, 43(7-8), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0164027520980130>
- Kim, Y. K., Kim, K., Boerner, K., y Han, G. (2021). Like Parent, Like Child? Aging Anxiety Among Married Korean Baby Boomers. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(7), 1292–1301. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa053>
- Krajewska-Kuřak, E., Cybulski, M., Aniřko, P., y Popławska, M. (2021). Age Differences in Attitudes towards Older People in Poland. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6869. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136869>
- Ma, G., Chen, Z., Zou, W., y Zhang, X. (2023). To help or not: negative aging stereotypes held by younger adults could promote helping behaviors toward older adults. *Current psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04371-0>
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixeiro, F., y Martins, D. (2020). Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- Marquet, A., Chasteen, A.L., Plaks, J.E. y Balasubramaniam, L. (2019). Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging & Ment Health*, 23(12), 1666–1673. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1514487>
- Menéndez, S., y Pérez-Padilla, P. (2019). *La Escala de Autoeficacia para Envejecer (EAEE) en personas mayores no dependientes* (pp. 8–10). Universidad de Huelva
- Morgan, L.A. y Kunkel, S. R. (2007). Aging and Society. En L.A. Morgan y S.R. Kunkel (Eds.), *Aging, society, and the life course* (3º ed.). Springer Publishing Company.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento: edadismo. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

- Pavón, M. (2012). Relación entre autoeficacia para envejecer y bienestar psicológico: un estudio comparativo en la ciudad de Mar del Plata según grupo de edad y género [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Mar de Plata]. *Repositorio Institucional UNMdP*.
- Prieto, F.P., Cabaco, A.S., Urchaga, L.J.D., Woobbeking, S.M. y López, B.A. (2021). Actitudes negativas hacia la vejez : un estudio comparativo entre México y España. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 101-110.
- Ramos, T.M. (2019). *Envejecer siendo mujer: dificultades, oportunidades y retos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Capítulo 29. Habilidades sociales y desempeño académico de estudiantes indígenas de una universidad pública del noroeste de México

ILCE VIVIANA LÓPEZ TEPOSTE
ALEJANDRINA BAUTISTA JACOBO
MARÍA OLGA QUINTANA ZAVALA
CLAUDIA FIGUEROA IBARRA

Introducción

México tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciar la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que forman una unión social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, Artículo 2°).

Las habilidades sociales son comportamientos o tipos de pensamientos que llevan a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto en el que está; a lo largo de la vida del ser humano va adquiriendo una serie de habilidades que le permiten adaptarse al medio tanto educativo como social, estas habilidades hacen posible interactuar con otras personas y en ambientes educativos inciden en el proceso de aprendizaje. (Duran y Parra, 2014, p. 55-57). Por ende, el manejo de las habilidades sociales ayuda a tener una comunicación efectiva, resolución de conflictos, empatía y asertividad ante situaciones de estigmatización, prejuicios y racismo, que puede a las comunidades indígenas que en ocasiones se encuentran con grandes desafíos al momento de interactuar con otro

grupo social, tales como: a) barreras culturales; b) dificultades lingüísticas; c) discriminación; y d) recursos económicos escasos.

La educación, va de la mano con el aprendizaje de habilidades sociales que fortalecen las dimensiones intra e interpersonales, prepara integralmente para la vida, teniendo en cuenta que no es posible una convivencia social adecuada sin que la preceda un aprendizaje sistemático y consciente de aquellas prácticas que la hacen posible. El trabajo en equipo es una habilidad social que expresa la capacidad del ser humano de trabajar en cooperación con los demás, indispensable para un contexto universitario (Ordaz, 2013, p. 269-283).

Para Roca (2014), “Las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también de pensamientos y emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no impida lograr objetivos”. (p.11). Tener habilidades sociales predice el establecimiento de relaciones interpersonales exitosas con otros, el desarrollo en un contexto individual y grupal, la expresión de sentimientos, actitudes, deseos y opiniones, y la presencia de conductas asertivas. Los estudiantes con alto nivel académico son menos retraídos, es decir, presentan mayores repertorios sociales que les posibilitan la integración con el contexto y sus pares. (Ocampo, L., Álvarez, L., Isaza, L., Botero, Y. y Ramírez, T. 2022, p.85-100).

Las dificultades o facilidades que los estudiantes universitarios indígenas puedan presentar durante su trayectoria escolar podrían estar influidas por las habilidades sociales y el desempeño académico que realicen durante un semestre y un ciclo escolar.

El desempeño académico, para Ocampo et al. (2022), “Es una variable que influye tanto factores internos como externos al individuo; por ello se considera multicausal, comprende una capacidad explicativa de los distintos factores y espacios temporales que intervienen en el proceso de aprendizaje”. (p.85-100). Heredia y Martínez (2010), plantean que el desempeño académico es el grado de conocimientos que a través de la escuela reconoce el sistema educativo que posee un individuo y que se expresa por medio de la calificación asignada por el profesor. Así mismo, amplían la definición de rendimiento como el promedio de calificaciones obtenidas por el alumno en las asignaturas en las cuales ha presentado exámenes. (p. 371-390).

Por otra parte, Quintero y Orozco (2013), sostienen que el desempeño académico está íntimamente relacionado con la evaluación del aprendizaje, ya que el mismo es el reflejo de las notas obtenidas en cada

una de las materias del pensum escolar. (p. 93-115). además, puede ser expresado por medio de la calificación asignada por el profesor o el promedio obtenido por el alumno. También considera que el promedio resume el rendimiento escolar (Palacios-Delgado y Andrade-Palos, 2007, p.5-16) y se define como una nota numérica que obtiene un estudiante como resultado de una evaluación que mide el producto del proceso enseñanza – aprendizaje en el que participa. (García, Cuevas, Vales y Cruz, 2012, p.106-121). Para López (2016).

Son diversos los factores que intervienen en el desempeño académico del alumno, como por ejemplo: a) aspectos personales como la motivación, autodirección, autoestima, inteligencias múltiples, inteligencia emocional, b) factores familiares y c) factores escolares, como la infraestructura escolar, zona socioeconómica y profesores, ante la existencia de múltiples variables que afectan el desempeño académico la presente investigación se plantea el objetivo de explorar la posible relación entre el nivel de habilidades sociales y el desempeño académico en estudiantes indígenas de una universidad pública del noroeste de México.

Metodología

Tipo de estudio

Investigación correlacional, según Hernández, (2014). Este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubica en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones.

Población, muestreo y la muestra

Población de 355 estudiantes indígenas identificados de una Universidad al noroeste de México, distribuidos en campus Caborca (23 estudiantes identificados), Nogales (1 estudiante identificado), Santa Ana (4 estudiantes identificados), Navojoa (98 estudiantes identificados),

Cajeme (40 estudiantes identificados) y Hermosillo (189 estudiantes identificados).

Muestreo. Probabilístico, de uno en dos en orden alfabético, estratificado por campus universitarios.

Muestra. Aleatoria estratificada por campus de 100 participantes. Para el cálculo del tamaño de muestra se consideró los siguientes elementos: Nivel de confiabilidad = 95%, (error tipo I = 0.05) Potencia estadística $(1-\beta) = 80\%$, (error tipo II = 0.20) Tamaño del efecto = 0.30, que según Cohen (1992) es un efecto moderado. El cálculo de la muestra se realizó con el software GPower 3.1.

Dado que se desea involucrar a los estudiantes indígenas de toda la universidad, se utilizó un muestreo estratificado por asignación proporcional, en donde cada campus representa un estrato. De acuerdo con el tamaño de muestra de cada estrato, la cantidad de sujetos a seleccionar se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Tamaño de la muestra

<i>Campus</i>	<i>Población</i>	<i>Cuota proporcional</i>
Caborca	23	7.2 = 7
Cajeme	40	11.9 = 12
Hermosillo	189	51.4 = 51
Navojoa	98	27.9 = 28
Nogales	1	0.3 = 1
Santa Ana	4	1.3 = 1
Total	319	100

Nota. Esta tabla muestra el total de la población y el número de estudiantes que se requiere para la muestra.

Unidad de análisis

Estudiantes indígenas de una Universidad pública del noroeste de México.

Procedimiento de recolección de datos

Para conocer las habilidades sociales y el desempeño académico de los estudiantes universitarios indígenas, se solicitó autorización de una Universidad pública del noroeste de México, para invitar a participar en la investigación a los alumnos modalidad presencial, vía correo electrónico o WhatsApp. Una vez que se contó con la autorización se procedió a enviar correos y mensajes con los enlaces del formulario, a

los alumnos, donde se incluía una carta de consentimiento informado. Además de los estudiantes que aceptaron participar se solicitó datos del sistema escolar para conocer las variables académicas.

Análisis de datos

Se reportan porcentajes para las variables categóricas y medidas descriptivas (media y desviación estándar) para las variables numéricas. Se comprobó la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se utilizó el análisis de correlación por medio del coeficiente Rho de Spearman para evaluar la relación entre el puntaje de cada factor y desempeño académico.

Para determinar si había una asociación entre la combinación de las habilidades y desempeño académico, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, cuya variable dependiente fue el desempeño académico (promedio). Las variables introducidas en el modelo fueron los puntajes totales de cada uno de los factores y el puntaje total de la escala de habilidades. Se utilizó el método de hacia atrás (Backward) y los coeficientes fueron estimados por el método de máxima verosimilitud. Se llevó a cabo la prueba de Durbin-Watson para verificar la independencia de los errores. Se utilizó el programa SPSS versión 22. Se usó un nivel de significancia de 0.05.

Instrumentos de recolección de datos

Para medir las habilidades sociales de estudiantes universitarios indígenas se utilizó el Listado de chequeo de habilidades sociales de Goldstein & Thomas 1995, el cual permite determinar las deficiencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales, identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales y evaluar en qué tipo de situaciones las personas son competentes o deficientes en el empleo de una habilidad social. Este instrumento se compone de 50 ítems, agrupados en 6 áreas en una escala graduada de 1 a 5, Donde 1 corresponde a deficiente nivel, 2 bajo nivel, 3 normal nivel, 4 buen nivel y 5 excelente nivel. Véase Tabla 2.

Tabla 2. Áreas de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

Áreas	Ítems
Grupo I. Primeras habilidades sociales.	01-08
Grupo II. Habilidades sociales avanzadas.	09-14
Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos.	15-21
Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.	22-30
Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés.	31-42
Grupo VI. Habilidades de planificación.	43-50

Nota. Esta tabla muestra el número de ítems por cada área de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein.)

Interpretación de habilidades sociales por grupo. En el Grupo I, se identifican las primeras habilidades sociales, las cuales reflejan si los estudiantes saben iniciar una conversación y mantener sus relaciones interpersonales; en el Grupo II, se centran las habilidades sociales avanzadas, saber si los estudiantes son responsables, si ayudan fácilmente al prójimo y la cortesía; Grupo III, están las habilidades relacionadas con los sentimientos, conocer si los estudiantes pueden influir en los demás, si son emocionalmente estables, conocen sus debilidades, fortalezas y expresa sus sentimientos; el Grupo IV, presenta las habilidades alternativas a la agresión, aquí se identifica si los estudiantes saben manejar sus emociones, evitan conflictos y si son asertivos; en el Grupo V, agrupa las habilidades para hacer frente al estrés, destalla si los estudiantes son tolerantes a la frustración, por ejemplo, saber si en un fracaso, tiene madurez afectiva, si sabe tomar decisiones o si es resiliente; en el Grupo VI, se encuentran las habilidades de planificación, tratan de comprender si los estudiantes saben plantear objetivos, son organizados, concluyen proyectos, culminan sus trabajos para llegar a metas trazadas.

Para conocer las habilidades sociales de estudiantes indígenas de una Universidad pública del noroeste de México, se llevó a cabo un análisis de la consistencia interna del instrumento considerando el puntaje total y de cada factor a través del coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach. El instrumento mostro un índice de confiabilidad de 0.96. Para el factor I (Habilidades sociales básicas) se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.80, para el II (Habilidades sociales avanzadas) de 0.71, para el factor III (Habilidades relacionadas con los sentimientos) de 0.77, para el IV (Habilidades alternativas a la agresión) de 0.83, para el factor V (Habilidades para hacer frente al estrés) de 0.86 y, por último, para el factor de Habilidades de planificación se obtuvo

un valor de 0.83. Por otra parte, para medir el desempeño académico de estudiantes indígenas de una Universidad pública del noroeste de México, se tomó como medición el promedio del último semestre en curso correspondiente a julio-diciembre 2022 y promedio Kardex el cual se obtiene durante toda la trayectoria académica del estudiante hasta el segundo semestre del 2022.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas incluyeron carta de consentimiento, confidencialidad y anonimato.

Resultados

El estudio se realizó con una muestra de 100 estudiantes, en cuanto a sexo 69% fueron mujeres y 31% hombres, la media de edad de los participantes fue de 22.37 DE=4.47, mínimo de edad de 18 años y máximo 48 años, en cuanto a estatus 71% es regular (alumnos que han aprobado todas las materias) y 29% irregular (alumnos que han reprobado una o más materias). Simultáneamente a las habilidades sociales, 38% tienen nivel excelente nivel, 51% buen nivel y 11% normal nivel, en cuanto a los promedios de estas, se observó que la mayoría desarrollan las habilidades alternativas a la agresión que tienen que ver con el manejo de sus emociones, evitar conflictos, ser asertivo, véase Tabla 3.

Tabla 3. Habilidades sociales en una muestra de estudiantes indígenas

<i>Habilidades sociales</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Habilidades sociales básicas	3.86	.70
Habilidades sociales avanzadas	3.72	.65
Habilidades relacionadas sentimientos	3.64	.73
Habilidades alternativas a la agresión	4.05	.62
Habilidades para hacer frente al estrés	3.82	.62
Habilidades de planificación	3.99	.64

Nota. Esta tabla muestra las medidas de habilidades sociales que los estudiantes indígenas desarrollan.

La mayoría de los estudiantes de las comunidades Mayo, Kikapú, Huasteca Potosina, Popoluca, Tarahumara, Yaqui, Tzotzil, Thono O’odham, Mixteco, Triqui, Nahua, Comcaac y Zapoteco, tuvieron un porcentaje

alto en las categorías de normal nivel (11%), buen nivel (51.0%) y excelente nivel (38.0%), cabe resaltar que las preguntas del Manual de calificación y diagnóstico de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Arnold P. Goldstein, lo cual pudo ser un factor de influencia para tener un alto porcentaje en las Habilidades Sociales, ya que en diversas ocasiones han planteado al Programa de Apoyo Académico de la Universidad de Sonora su dificultad para socializar con el resto de la comunidad universitaria y sociedad.

Tanto mujeres (69%) como hombres (31%) se encuentran arriba del ochenta por ciento en tener un excelente nivel o buen nivel de habilidades sociales, no hay diferenciación entre el desenvolvimiento social masculino o femenino; otro aspecto importante de señalar es que la mayoría de los participantes se encuentran en la media de edad en rango de 18 a 48 años, con $DE=4.474$, lo que indica que la mayoría ronda entre los veinte años de edad; en cuanto al promedio, tampoco hay alguna anomalía, de un mínimo de 59.50 a un máximo de 100, los participantes se encuentran en la media de 86.2697, siendo su mayoría (74%), estudiante regular es decir, sin materias reprobadas; quizás la jovialidad y el buen promedio, sean factores directos para el desarrollo de las Habilidades Sociales.

De los seis grupos de Habilidades Sociales: Básicas, Avanzadas, Relacionadas con los sentimientos, Alternativas a la agresión, Frente al Estrés y de planificación; la mayoría se mantienen a en la media de 22.32 a 45.87, lo cual, es otro indicador a favor del buen manejo de las Habilidades Sociales.

Habilidades sociales según la condición del estudiante (regular o irregular)

En cuanto a condición del estudiante son alumnos regulares los de nuevo ingreso, en tanto no concluyan el primer período escolar en el cual se inscribieron y los que, habiendo concluido al menos un período escolar en el programa respectivo, no tengan pendiente de acreditación una o más asignaturas de las que hayan cursado, mientras que se consideran estudiantes irregulares los que, habiendo concluido al menos un período escolar en la institución, tengan pendiente de acreditación una o más asignaturas de las que hayan cursado.

Al analizar las habilidades de los estudiantes según su estatus de regular o irregular tomando en cuenta que se observa que los estudiantes regulares reportan puntajes medios ligeramente mayor en las

habilidades sociales básicas (30.92 vs 30.72), en habilidades avanzadas (22.65 vs 21.52), en las relacionadas con los sentimientos (25.69 vs 25) y en las relacionadas para hacer frente al estrés (45.93 vs 45.72). Los estudiantes irregulares sobresalen ligeramente a los regulares en las habilidades alternativas a la agresión (36.90 vs 36.28) y en las habilidades de planificación (31.93 vs 31.89). En general, los estudiantes regulares mantienen un puntaje medio mayor en la escala total de habilidades sociales con respecto a los irregulares, aunque estas diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$), véase Tabla 4.

Tabla 4. Habilidades sociales según estatus del estudiante

Habilidades	Estatus	Media	DE	<i>p</i>
Básicas	R	30.91	5.40	0.936
	I	30.72	6.26	
Avanzadas	R	22.64	3.74	0.209
	I	21.51	4.22	
Relacionadas con los Sentimientos	R	25.69	5.05	0.493
	I	25.00	5.30	
Alternativas a la Agresión	R	36.28	5.47	0.481
	I	36.89	5.87	
Para hacer frente al Estrés	R	45.92	7.16	0.915
	I	45.72	8.25	
Planificación	R	31.88	4.95	0.945
	I	31.93	5.71	
Puntaje total	R	193.35	27.53	0.891
	I	191.79	31.49	

n = 79 Estudiantes regulares (R) y 21 estudiantes irregulares (I)

Nota. Esta tabla muestra el tipo de habilidades sociales que desarrollan los estudiantes con estatus regular o irregular.

Correlación entre las habilidades sociales y desempeño académico.

Para puntuar el desempeño académico de estudiantes indígenas se tomó en cuenta el promedio de calificaciones. Se aplicó la prueba de normalidad para el promedio y el puntaje de la suma de los ítems de cada factor y para el puntaje total de la escala de habilidades sociales.

Por el tamaño de la muestra se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 5). Dada la naturaleza de las variables y el rechazo de la hipótesis de normalidad para la variable promedio, se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para obtener las correlaciones entre los factores y desempeño académicos, véase Tabla 5.

Tabla 5. Prueba de normalidad para el puntaje de la suma de los ítems de cada factor del instrumento de habilidades sociales y del promedio de los estudiantes

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Básicas	.081	100	.101	.973	100	.037
Avanzadas	.087	100	.062	.983	100	.213
Relacionadas a sentimientos	.075	100	.178	.981	100	.166
Alternativas a la agresión	.097	100	.021	.940	100	.000
Para hacer frente al estrés	.110	100	.004	.976	100	.060
Planificación	.098	100	.020	.965	100	.010
Puntaje total	.081	100	.100	.974	100	.042
Promedio final	.098	100	.020	.965	100	.010

Nota. Esta tabla muestra la correlación entre habilidades sociales y promedios de los estudiantes

De la Tabla 6 se puede observar que la correlación más alta con el desempeño académico fue las relacionadas con los sentimientos ($r_s=.13$) y la correlación más baja se mostró en las habilidades para hacer frente al estrés ($r_s=.05$), sin embargo, en este estudio las correlaciones bivariados no fueron significativas ($p > 0.05$). Lo cual indica que, de manera individual, las habilidades sociales definidas por el instrumento no tienen relación significativa con el desempeño académico, sin embargo, la combinación de habilidades, como lo declara Harackiewicz, et al. (2000), puede traer beneficios en el ámbito educativo, véase Tabla 6.

Tabla 6. Correlación entre desempeño académico y habilidades sociales de los estudiantes indígenas

	<i>Habilidades</i>						
	<i>Básicas</i>	<i>Avanzadas</i>	<i>Sentimientos</i>	<i>Agresión</i>	<i>Estrés</i>	<i>Planificación</i>	<i>Total</i>
Desempeño académico	.112	.089	.133	-.067	.049	.055	.064
<i>p</i>	.266	.380	.186	.505	.630	.584	.524

Nota. Esta tabla muestra la correlación entre habilidades sociales y desempeño académico de los estudiantes.

Análisis de regresión lineal múltiple

Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple utilizando el método Backward, cuya variable dependiente fue el promedio y como variables independientes los factores de la escala de Goldstein. Se presentó un modelo significativo ($F_{2,97} = 3.76$, $p = 0.027$), aunque con una reducida

magnitud en el porcentaje de varianza explicada (6%). La prueba de Durbin-Watson arrojó un valor de 1.93, lo cual indica la independencia de los errores.

De la tabla 7 se puede observar que la combinación de las habilidades relacionadas con los sentimientos y las alternativas a la agresión pueden afectar al desempeño académico. La primera de manera positiva y la segunda de manera negativa, véase Tabla 7.

Tabla 7. Variables asociadas mediante regresión lineal múltiple al desempeño académico

<i>Modelo</i>	<i>Coficiente</i>	<i>IC (95)</i>	<i>Coficientes estandarizados</i>	<i>p</i>
Constante	89.413	78.53 a 100.29		0.000
Habilidades relacionadas con los sentimientos	4.55	1.16 a 7.94	0.392	0.009
Habilidades alternativas a la agresión	-4.87	-8.86 a -.871	-0.356	0.018

Nota. Esta tabla muestra la regresión lineal múltiple entre las habilidades relacionadas con los sentimientos y alternativas a la agresión con el desempeño académico.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos los estudiantes indígenas se consideren tener un buen manejo de las habilidades alternativas a la agresión, la cual, se pudo haber desarrollado en la educación básica y media superior, puesto que, en esta etapa. Baronnet y Morales (2018). Sostienen que, “a pesar de proclamarse comunitaria, inclusiva, intercultural y multilingüe, los efectos de la política educativa intercultural representan violencias epistémicas oscilan entre el despojo de lo propio y apropiación de lo ajeno, a través de la rutinización de formas cotidianas de negar, ocultar e invisibilizar las identidades indígenas”. (p. 19-32),

Esta diferenciación es notoria entre los estudiantes inscritos en el Programa de Apoyo Académico a Estudiantes Indígenas, en cuanto a estudiantes que viven en la ciudad, en las comunidades originarias del Estado de Sonora y comunidades originarias de otro Estado de la República Mexicana; donde la mayoría de los estudiantes que vienen del sur de México, tienen poco recurso didáctico para la elaboración de tareas y proyectos de clase, por ende, al interactuar estos tres grupos de estudiantes, se genera una red de apoyo la cual coadyuva a resarcir la visión. Baronnet y Morales, (2018). “La cultura escolar dominante comporta y legitima elementos curriculares discriminantes que ponen en desventaja a las jóvenes generaciones de los pueblos originarios

frente a la juventud no indígena, monolingüe y monocultural, la cual en efecto puede verse privilegiada desde la escuela hasta la universidad por su propio origen social". (p.19-32).

Es importante contemplar que, durante la trayectoria escolar, surgen cambios en todos los estudiantes, siendo más notorios en la población estudiantil indígena; pues, según Hernández, (2012). "la universidad funge como "un espacio formativo, esto es, considerarlas como entidades que brindan una serie de orientaciones, expectativas, significados, conocimientos que ayudan a procesar y valorar, de manera particular, las experiencias personales, familiares, profesionales y sociales".

Cabe destacar que, datos del INOMA, (2021). Más de 7 millones de personas en México hablan una lengua indígena, 1 de cada 10 niñas y niños hablantes no pueden asistir regularmente a clases, y tienen problemas para concluir la educación básica por falta de recursos o por no recibir clases adaptadas a su lengua materna, haciendo aún más difícil el proceso de aprendizaje y aumentando el riesgo de rezago educativo.

Si bien, los datos de esta investigación son novedosos para incentivar a esta población estudiantil en potencializar su interés escolar y social para la realización de actividades que apoyen al crecimiento económico de las comunidades originarias, además, de promover proyectos de vida en niños, niñas y adolescentes, para que desarrollen un interés académico a favor de sus comunidades.

https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Educacion_poblacion_indigena.pdf

Conclusiones

El desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes indígenas se ve forjado a lo largo de su interacción con su comunidad y otras comunidades; a pesar de que, los datos de esta investigación se sintetizan, la habilidad social más alta de los estudiantes universitarios indígenas, resulto ser las habilidades alternativas a la agresión, seguido de las habilidades de la planificación, y la habilidad social más baja fue las habilidades relacionadas con los sentimientos, al no haber una diferencia significativa podemos identificar que esta población estudiantil cuenta con buenas herramientas para el manejo de las habilidades sociales. El análisis de regresión lineal múltiple, en relación con la habilidad social más significativa (alternativas a la agresión) y la habilidad social menos significativa (relacionada con los sentimientos), considera que esta combinación si afecta al desempeño académico de

la población estudiada, de manera positiva las habilidades relacionadas con los sentimientos y de manera negativa las habilidades relacionadas a alternativas a la agresión.

Referencias

- Baronnet, Bruno; Morales-González, Martha (2018). “Racismo y curriculum de Educación Indígena”, *Ra Ximhai*, 14(2),19-32. <https://www.redalyc.org/journal/461/46158063002/46158063002.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). *Artículo 2º*. <https://www.refworld.org/es/docid/57f795a52b.html>
- Duran, S. y Parra, M. (2014). “Diversidad cultural para promover el desarrollo de habilidades sociales en educación superior”, *Cultura, Educación y Sociedad*, 5(1), 55-67. https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/995/pdf_212
- García, R., Cuevas, O., Vales, J. y Cruz, I. (2012). “Impacto del Programa de Tutoría en el desempeño académico de los alumnos del Instituto Tecnológico de Sonora”, *Revista electrónica de investigación educativa*, 14(1), 106-121. <https://www.scielo.org.mx/pdf/redie/v14n1/v14n1a7.pdf>
- Goldstein, A. (1980). *Escala de Evaluación Delaware Habilidades Sociales*. Biblioteca de Psicometría. https://www.academia.edu/37172809/escala_de_evaluacion_de_habilidadessociales_biblioteca_de_psicometria
- Gutiérrez, S. (2020). Un modelo de liderazgo y educación propia para el Buen vivir y la Autonomía de los pueblos. *Revista electrónica de conocimientos. Saberes y prácticas*, 3(2), 99-109. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9140303.pdf>
- Harackiewicz, Barron, Tauer, Carter y Elliot (2000). “Short-term and long-term consequences of achievement goals. Predicting interest and performance over time”, *Journal of Educational Psychology*, 92(2), 316-330. <https://psycnet.apa.org/record/2000-07799-008>
- Heredia, Y. y Martínez, R. (2010). “Tecnología educativa en el salón de clase”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 45(45), 371-390. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v15n45/v15n45a3.pdf>

- Hernández, M. (2012). Las representaciones sociales de los estudiantes indígenas sobre el ser universitario. *ACADEMICUS*. [https://ice.uabjo.mx/media/15/2017/04/Art6.pdf#:~:text=Oaxaca%20\(UABJO\)%20sobre%20el%20ser%20universitario.%20Esto,ind%C3%ADgena%2C%20as%C3%AD%20como%20conocer%20y%20analizar%20la](https://ice.uabjo.mx/media/15/2017/04/Art6.pdf#:~:text=Oaxaca%20(UABJO)%20sobre%20el%20ser%20universitario.%20Esto,ind%C3%ADgena%2C%20as%C3%AD%20como%20conocer%20y%20analizar%20la)
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Edition. https://api.periodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- INOMA. (2021, 11 de abril de 2023). *Panorama educativo de los pueblos indígenas en México*. <https://inoma.mx/index.php/2021/10/28/panorama-educativo-de-los-pueblos-indigenas-en-mexico/>
- López, I. (2016). *Relación entre el desempeño académico y las horas de estudio invertidas en un Colegio de Bachilleres* [Tesis de Maestría, Tecnológico de Monterrey]. Archivo digital. <https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/629801/Roberto%20Octavio%20Chang%20Mata.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Moyolema, P., Freire, A., Mayorga, D. y Cosquillo, J. (2023). Habilidades sociales como clave en el éxito académico. *Digital Publisher CEIT*. 9(1), 148-162. https://www.593dp.com/index.php/593_Digital_Publisher/article/view/2268/1896
- Ocampo, L., Álvarez, L., Isaza, L., Botero, Y. y Ramírez, T. (2022). “Desempeño académico, clima social, familiar, habilidades sociales y autoconcepto en estudiantes universitarios”, *Informes psicológicos*. 22(2), 85-100. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/7912/6945>
- Ordaz, M. (2013). “La educación de habilidades sociales desde la Extensión Universitaria”, *Educación en revista*. 50, 269-283. <https://www.redalyc.org/pdf/1550/155029382016.pdf>
- Quintero, M. y Orozco, G. (2013). “El desempeño académico: una opción para la cualificación de las instituciones educativas”, *Universidad de Manizales*. 12(2), 93-115. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4756664>
- Palacios, J. y Andrade, P. (2007). “Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes”, *Revista educación y Desarrollo*. 7, 5-16. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/7/007_Palacios.pdf

- Roca, E. (2014). *Como mejorar tus Habilidades Sociales*. ACDE Ediciones. <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>
- Universidad de Sonora (2022). *Reglamento Escolar*. GACETA. https://wp5.unison.mx/institucional/marconormativo/reglamentosescolares/Reglamento_Escolar_Mayo_2022.pdf

Capítulo 30. Horas de sueño asociado al cumplimiento del autocuidado en personas con diabetes tipo 2

GEU MENDOZA CATALÁN
JULIETA ÁNGEL GARCÍA
ANGELICA SARAÍ JIMÉNEZ OSORIO
DIEGO ESTRADA LUNA

Introducción

La diabetes es un problema de salud pública que se ha considerado como una pandemia mundial. A nivel internacional existe una prevalencia de 11.1%, lo cual afecta principalmente a hombres (Federación Internacional de Diabetes, 2025). Sin embargo, en México la diabetes afecta más a las mujeres que a los hombres, tanto en prevalencia y mortalidad (Basto-Abreu, et al., 2022; Basto-Abreu, et al., 2023; Medina-Gómez, et al., 2023). La diabetes es una de las principales responsables de la mortalidad, amputaciones no traumáticas, años perdidos por discapacidad y gasto sanitario tanto para su prevención y tratamiento principalmente la diabetes tipo 2 (DT2) (Medina-Gómez, et al., 2023; Butt, et al., 2024; Rodríguez-Saldana, et al., 2023; Píco-Guzmán, et al., 2022).

El tratamiento inicial de la DT2 consiste en la modificación de estilos de vida, principalmente en la adopción de una dieta hipocalórica, la realización de actividad física 30 min diario y la adherencia al tratamiento farmacológico o insulina. También, se ha considerado importante realizar automonitorización de la glucosa para la toma de decisiones sobre el ajuste de la alimentación, actividad física o el tratamiento. Así mismo, la revisión de los pies y del calzado para la prevención de heridas y el desarrollo de lesiones que puedan condicionar el pie diabético y la amputación total o parcial del pie o la pierna (American Diabetes Association Professional Practice Committee [ADAPPC], 2025)

La importancia del autocuidado en personas con DT2 es tener un buen control glucémico y lipídico, así como mantener o disminuir el peso, la prevención de complicaciones micro o macrovasculares, así

como la muerte prematura (ADAPPCb, 2025). Sin embargo, a pesar de las implicaciones que tiene el autocuidado para las personas con DT2, las personas no cumplen con estas actividades adecuadamente (Mogre, et al., 2019). Existen estudios que señalan que, en países en desarrollo, el autocuidado es bajo (de Rocha, et al., 2020; Baroni, et al., 2022). También, existe evidencia de que hay diferencias en el cumplimiento del autocuidado entre hombres y mujeres, por un lado, los hombres cumplen mejor con la realización de ejercicio físico y la toma de medicamentos, y las mujeres cumplen mejor con la alimentación y el cuidado de los pies (Mendoza, et al., 2018; de Rocha, et al., 2020; Baroni, et al., 2022).

Algunos factores que se asocian con el cumplimiento de las actividades de autocuidado tanto en hombres como mujeres, son tener mayor edad, mayor escolaridad, tener un peso adecuado, mayores ingresos económicos, tener apoyo familiar y social, alfabetización en salud, mayor autoeficacia, tener buena autoestima, bajos niveles de estrés, ansiedad y depresión (Domínguez-Gallardo, et al., 2019; León-Landa, et al., 2019; Gonzales-Cantú, et al., 2021; Ramírez-García, et al., 2019; García-Ortiz, et al., 2022; Adu, et al., 2019; Ahmad, et al., 2023). Pero poco se ha explorado sobre el sueño, el cual es un hábito y necesidad diaria que deben de realizar las personas. De acuerdo a las recomendaciones en diversos estudios realizados la cantidad de horas que un adulto debe dormir es entre 7 y 8 horas sin interrupción (Chaput, et al., 2020). En México, se ha reportado que el 37% presentan problemas de sueño y 54.3% tiene mala calidad de sueño, el promedio de horas de sueño es de 7.19, el grupo de personas que duermen menos son, los hombres en la edad adulta, quienes viven en zonas urbanas y en estado del centro del país (Arrona-Palacios, et al., 2021).

El sueño es muy importante para la salud (Chaput, et al., 2020), las personas que duermen menos de las horas recomendadas presentan efectos negativos en la salud a nivel hormonal, metabólico, conductual, neurológico y psicoemocional, lo que puede incrementar el riesgo de enfermedades crónicas y la mortalidad (Pavlova, et al., 2019; Grandner, et al., 2022; Li, et al., 2022). Además, al haber dormido menos, el cuerpo requiere de mayor energía para poder realizar sus actividades diarias, por lo tanto, las personas reportan mayor consumo de alimentos, principalmente hipercalóricos como alimentos dulces, bebidas azucaradas o con cafeína, así como baja actividad física (Cooper, et al., 2020; Linnaranta, et al., 2020; Grummon, et al., 2021; Jansen, et al., 2020; Huang, et al., 2022; Atoui, et al., 2021). Esto implica, que en

personas con DT2 que duermen menos de lo recomendado, pudieran afectar el cumplimiento de su autocuidado.

Un aspecto que puede afectar a que las personas no duerman las horas correctas de sueño es el trabajo, para las personas que tienen horarios específicos laborales pueden organizarse con la finalidad de cumplir con sus obligaciones y horarios de trabajo (Gurubhagavatula, et al., 2021; Pallense, et al., 2021). Existe toda una rutina para acudir al trabajo, desde despertarse, tomar transporte público o manejar, realizar aseo, llevar a los hijos a la escuela si es necesario, entre otras cosas. Por lo que en días laborales las personas pudieran dormir menos horas a diferencia de los días de descanso, que al no tener responsabilidades laborales pueden dormir más tiempo, Sin embargo, existe una desigualdad entre las personas con trabajos informales ya que deben trabajar más horas que aquellos que tienen un trabajo formal con horarios laborales establecidos (Rodríguez, et al., 2022). Basado con la información anterior, no existen estudios que consideren estos dos aspectos, las horas de sueño en días laborables y días de descanso y su asociación con el cumplimiento del autocuidado en personas con diabetes tipo 2. El objetivo de esta investigación fue asociar las horas de sueño con el cumplimiento del autocuidado en personas con diabetes tipo 2.

Metodología

Se trata de un estudio de tipo transversal y correlacional. La población de interés estuvo conformada por adultos con diagnóstico previo de diabetes tipo 2 de Pachuca, Hidalgo. Los criterios considerados para participar en el estudio fueron tener una edad de 20 a 64 años, tener más de 2 años como residente de Pachuca y tener más de 1 año de diagnóstico previo de DT2. Se excluyeron a mujeres embarazadas o que estuvieran lactando, quienes hayan participado en un programa nutricional o de ejercicio o que tuvieran un estado de salud grave. El tamaño de la muestra y el muestreo fue por conveniencia.

Para la valoración del cumplimiento del autocuidado se utilizó el Cuestionario de Resumen de Actividades de Autocuidado para la Diabetes tipo 2 (Tooher, et al., 2000). Cuenta con 10 preguntas orientadas al cumplimiento de la dieta (pregunta, 1-4), ejercicio (5-6), automonitoreo de glucosa (AG) (7-8) y cuidado de los pies (9-10). Cada pregunta está orientada al cumplimiento de cada actividad en los últimos 7 días y se responde en una escala de 0 a 7 días. Este cuestionario ha reportado un alfa de Cronbach de .78 y un Omega de .80.

Se creó una cedula de datos sociodemográficos en donde se preguntó la edad, sexo, estado civil, escolaridad, años con diabetes, IMC, consumo de alcohol, consumo de tabaco, y se les pregunto sobre la cantidad de horas de sueño que duermen los días que trabajan y los días que descansan de manera independiente.

La recolección de datos se realizó por medio de la técnica de bola de nieve digital, en la cual, se compartió en redes sociales un flyer con los criterios de inclusión y se invitaba a las personas que ayudarían a contactar a personas con las características solicitadas. Cuando una persona indicaba conocer a un posible candidato, se le hacía la invitación por medio del intermediario y se agendó una cita al domicilio, junto con el intermediario. En el domicilio de cada participante se le daba a conocer el objetivo del estudio y se le leía el consentimiento informado a la par que la persona rectificaba con la información del documento en físico. De no tener duda, se le solicitaba firmar el documento, se le entregaba una copia del mismo y se procedía a la aplicación de los cuestionarios. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH.

Las encuestas fueron capturadas y analizadas en el programa SPSS v.26 para Windows. Las variables categóricas se reportaron por medio de frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas con media y desviación estándar. Para el caso del cuestionario de autocuidado, se reportó tanto de forma general y por dimensiones el promedio de días de cumplimiento de las actividades de autocuidado en un rango de 0 a 7 días. Previo al análisis inferencial se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, lo cual resultó que los datos no presentaban distribución paramétrica, por lo tanto, se utilizó la correlación de Spearman.

Resultados

Participaron 162 personas, con una edad promedio de 53.3 años, la mayoría fueron mujeres con estado civil casada(o), un cuarto de la muestra reportó que consumía bebidas alcohólicas y 1 de cada 10 personas fumaba. Los años de escolaridad se encontró en su mayoría primaria y con 9.7 años de diagnóstico de DT2, ver tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes

	f	%
Edad M(DE)	53.3 (8.9)	
Sexo		
Hombre	43	73.5
Mujer	119	26.5
Edocivil		
Soltero	19	11.7
Casado	88	54.3
Unión libre	22	13.6
Otro	33	20.4
Alcohol (sí)	42	25.9
Fuma (sí)	17	10.5
Escolaridad M(DE)	6.3(3.2)	
Años con DT2 M(DE)	9.7(6.5)	

Nota: f = frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 2, se observa la comparación de las horas de sueño y las actividades de autocuidado entre hombres y mujeres. Los hombres reportan dormir menos horas en días laborales en comparación con las mujeres. También se identifica que los hombres cumplen de forma general con menor autocuidado, y de forma específica con menores días la dieta, pero con más días las actividades de ejercicio.

Tabla 2. Comparación de las horas de sueño y autocuidado en hombres y mujeres con DT2

	General M(DE)	Mujeres M(DE)	Hombres M(DE)
HS-Días trabajo*	7.7(1.2)	7.8(1.2)	7.5(1.1)
HS- Días descanso	8.1 (1.3)	8.1(1.4)	8.1(1.5)
Autocuidado*	2.9(1.2)	2.9(1.1)	2.6(1.0)
Dieta**	3.9(1.6)	4.1(1.5)	3.5(1.6)
Ejercicio**	1.9(1.8)	1.6(1.5)	2.3(2.0)
AG	1.3(1.5)	1.3(1.4)	1.2(1.6)
Cuidado de los pies	3.4(2.6)	3.2(2.6)	3.6(2.6)

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar; HS = Horas de sueño; AG = Automonitoreo de glucosa; DT2; *p<.05; **p<.01

En el análisis de correlación, se muestra que las personas que duermen más horas en días laborales cumplen mejor con el autocuidado general y de forma específica con las dimensiones de automonitoreo de glucosa y cuidado de los pies. Sin embargo, dormir más horas en los días de descanso, se correlacionó con menor cumplimiento del autocuidado,

de la dieta y ejercicio. Mientras que las personas que consumen alcohol y tabaco se correlacionan con menor autocuidado, dieta y cuidado de los pies, ver tabla 3.

Tabla 3. Análisis de correlación entre las características de los participantes y el autocuidado en DT2

	ACG	Dieta	Ejercicio	AG	Pies
Edad	-.092	-.059	-.086	.064	-.122*
Sexo(hombre)	-.148*	-.219**	.134*	-.047	-.098
Escolaridad	.169**	.063	.134*	.083	.144**
Años DT2	.087	.003	.027	.164**	.041
Alcohol	-.209**	-.163**	-.066	-.002	-.213**
Fuma	-.203**	-.166**	-.071	-.077	-.146**
HS-Trabajo	.162**	.052	.008	.140*	.132*
HS-Descanso	-.143*	-.158**	-.133*	-.039	.044

Nota: HS = horas de sueño, ACG = Autocuidado General, AG = Automonitoreo de glucosa, *p<.05, **p<.01.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue asociar las horas de sueño con el cumplimiento del autocuidado en personas con diabetes tipo 2 de Pa-chuca, Hidalgo. Se identificó que las personas que duermen más horas en días laborales reportan mayor autocuidado, por el contrario, dormir más horas en días de descanso laboral reportaron menor autocuidado.

Las horas de sueño reportadas por los pacientes con diabetes tipo 2 tanto en días laborales y no laborales (descanso) se encontraron dentro de las recomendaciones ideales. El sueño es una actividad de reposo para el cuerpo, que permite entrar en un estado de relajación profunda y de recuperación tanto física como mentalmente (Baranwal, Phoebe & Siegel, 2023). Cualquier alteración en el tiempo de sueño, pueden presentarse diferentes alteraciones metabólicas, hormonales y conductuales, incrementando el riesgo a desarrollar trastornos alimentarios, desarrollo de enfermedades crónicas e incrementar la mortalidad prematura (Chapul, et al., 2020). Al realizar una comparación entre hombres y mujeres, (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo [ENOE], 2025; Secretaría de Economía, 2024) se identificó que los hombres duermen menos horas que las mujeres en días laborales, pero no hubo diferencias en los días de descanso. Esto puede deberse a que la mayoría de los hombres tienen trabajos orientados a actividades agrícolas, construcción y servicios de transporte que exige un horario

de ingreso más temprano. Esto en comparación con las mujeres se dedican a empleos de ventas, comerciantes y vendedoras ambulantes de alimentos. Además, el 64% de las personas laboralmente activas trabajan más de 35 horas a la semana y esto puede reducir la cantidad de horas de sueño (ENOE, 2025).

La puntuación promedio de días que las personas cumplen su autocuidado fue de 3 días a la semana, lo cual se considera bajo. El cumplimiento del autocuidado de forma específica fue en primer lugar la dieta, la revisión de los pies, el ejercicio y, por último, el automonitoreo de la glucosa. Para cumplir adecuadamente las actividades de autocuidado se requiere de un gasto de bolsillo para acceder a alimentos saludables, acceder a gimnasios o compra de equipo, así como la compra de insumos para la automonitoreo de glucosa, (Titus & Quiles-Pollard, 2023; Whittemore, et al., 2019), aproximadamente se ha reportado que las personas gastan \$ para el cuidado de su enfermedad, pero a largo plazo, el costo del cuidado de la enfermedad de ser insostenible (Moreno-Altamirano, et al., 2014). Por lo que a las personas se les dificulta la compra de insumos para la automonitoreo de glucosa, considerada la actividad que menos se cumple en países de ingresos medios y bajos (McEwen, et al., 2019). Esto también se ve afectado por el salario promedio que presentan las personas en el estado de Hidalgo, el cual es de 6 mil pesos mensuales y, por lo tanto, las personas o familias priorizan otros aspectos que la salud (Secretaría de Economía, 2024).

Al comparar el cumplimiento del autocuidado, se identificó que las mujeres cumplen mejor con de forma general con el autocuidado y de forma específica con la alimentación, por el contrario, los hombres cumplen con mayores días en la realización de ejercicio físico. Estos resultados coinciden con estudios previos (Caruso, et al., 2020; Baroni, et al., 2022). Las diferencias encontradas pueden deberse a construcciones sociales entre hombres y mujeres. Por un lado, las mujeres en su mayoría preparan los alimentos, y siguen dietas, por un enfoque de estética y belleza (Feng & Motoki, 2024), mientras que los hombres consideran que comer carnes son su fuente de energía, lo cual es contradictorio con seguir alimentaciones saludables (Rodríguez, Gomes-Corona & Valentin, 2020). A diferencia de la actividad física, los hombres construyen su identidad social por medio del cuerpo y competencias deportivas, lo que destaca la realización de ejercicio físico como una forma de construcción de su identidad masculina a través de su fuerza y musculatura (Dawson & Hammer, 2020).

Dentro de los resultados se identificó que las personas que consumen alcohol y tabaco se correlacionaron con menor autocuidado general, menor cumplimiento de la dieta y revisión de los pies, lo cual coincide con estudios previos. El consumo de alcohol y tabaco, son más prevalentes en hombres que en mujeres tanto en población general como en personas con diabetes (Lerman, et al., 2004). El consumo de tabaco además de propiciar el menor autocuidado también es un factor de riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares, cáncer y neuropatía diabética, lo cual puede evolucionar a pie diabético o amputación parcial o total de las extremidades (Durlach, et al., 2022). En el caso del consumo de alcohol se considera como una barrera para el cumplimiento de la toma de medicamentos, (Lerman, et al., 2004) y aunque existe evidencia de que el consumo moderado puede prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y mejorar el control glucémico (Pastor, et al., 2020), en México el consumo de alcohol es elevado y por lo tanto, un riesgo en personas con diabetes tipo 2.

Como resultados principales se identificó que las personas que duermen más horas durante los días laborales reportan mayor cumplimiento del autocuidado tanto de forma general como en las dimensiones de automonitoreo de glucosa y cuidado de los pies. Esto puede deberse a que las personas pueden descansar mejor, presentar menor estrés y dedicar más tiempo al cuidado de la diabetes (Wachid, Gayatri & Pujasari, 2019). Por otro lado, quienes duermen más horas en los días de descanso laboral reportan menor autocuidado general, así como en la dieta y el ejercicio. Existen estudios que consideran que tener diabetes es un trabajo de tiempo completo, que requiere esfuerzo y dedicación constante, sin embargo, puede que también consideren descansar del cuidado de su enfermedad los días que no trabajan (Rogvi, et al., 2021) y dormir más horas. Además, de que no suelen cumplir su autocuidado en eventos familiares o sociales, mismos que se realizan los días de descanso como fines de semana (Whittemore, et al., 2019).

Limitaciones y fortalezas

Se trata de un estudio transversal, por lo que no pueden existir causa y efecto, la muestra fue seleccionada por medio de un muestreo por conveniencia y no por un muestreo aleatorio. Por lo que se debe de tener precaución en la interpretación de los datos, la extrapolación de la información puede realizarse en poblaciones similares a la estudiada en esta investigación. Otra limitación fue no haber preguntado los días

que trabajan, las horas laborales, y los días de descanso a la semana, el tipo de trabajo (formal o informal), así como el ingreso mensual. Como fortalezas, es un estudio que aborda las horas de sueño de manera independiente en días laborales y no laborales, así como sus implicaciones en el autocuidado. Es uno de los primeros estudios que se realizan en la ciudad de Pachuca en el que se abordan estas variables.

Conclusiones

El autocuidado se reportó como bajo y las horas de sueño se encontraron dentro de los parámetros normales tanto en días laborales como de descanso. Al compararlos por sexo, los hombres duermen menos horas en días laborales y reportan menor autocuidado general y en el cumplimiento con la dieta, pero mayor cumplimiento del ejercicio en comparación con las mujeres. Dormir más horas en días laborales se correlacionó con mejor cumplimiento del autocuidado, como en sus dimensiones de automonitoreo de glucosa y cuidado de los pies. Pero, dormir más horas en días de descanso laboral se correlacionó con menor cumplimiento del autocuidado general, así como en las dimensiones de la dieta y ejercicio.

Referencias

- Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E., & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PLOS ONE*, 14(6), e0217771. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217771>
- Ahmad, F., & Joshi, S. H. (2023). Self-care practices and their role in the control of diabetes: A narrative review. *Cureus*, 15(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.42567>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 3. Prevention or delay of type 2 diabetes and associated comorbidities: Standards of medical care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S50–S58. <https://doi.org/10.2337/dc25-S003>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 6. Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of medical care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S28–S45. <https://doi.org/10.2337/dc25-S006>

- Arrona-Palacios, A., & Gradisar, M. (2021). Self-reported sleep duration, sleep quality and sleep problems in Mexicans adults: Results of the 2016 Mexican National Halfway Health and Nutrition Survey. *Sleep Health*, 7(2), 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.01.003>
- Atoui, S., Chevance, G., Romain, A. J., Kingsbury, C., Lachance, J. P., & Bernard, P. (2021). Daily associations between sleep and physical activity: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 57, 101426. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101426>
- Baranwal, N., Phoebe, K. Y., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 77, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.01.006>
- Baroni, I., Caruso, R., Dellafiore, F., Ausili, D., Barelo, S., Magon, A., ... & Arrigoni, C. (2022). Self-care and type 2 diabetes mellitus (T2DM): A literature review in sex-related differences. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 93(4), e2022277. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i4.13235>
- Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., López-Olmedo, N., Cruz-Góngora, V. D. L., ... & Villalpando, S. (2022). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: Resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública de México*, 62, 50–59. <https://doi.org/10.21149/11138>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., ... & Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, S163–S168. <https://doi.org/10.21149/13963>
- Butt, M. D., Ong, S. C., Rafiq, A., Kalam, M. N., Sajjad, A., Abdullah, M., ... & Babar, Z. U. D. (2024). A systematic review of the economic burden of diabetes mellitus: Contrasting perspectives from high and low middle-income countries. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 17(1), 2322107.
- Caruso, R., Reborá, P., Luciani, M., Di Mauro, S., & Ausili, D. (2020). Sex-related differences in self-care behaviors of adults with type 2 diabetes mellitus. *Endocrine*, 67(2), 354–362. <https://doi.org/10.1007/s12020-019-02117-w>
- Chaput, J. P., Dutil, C., Featherstone, R., Ross, R., Giangregorio, L., Saunders, T. J., ... & Carrier, J. (2020). Sleep duration and health in adults: An overview of systematic reviews. *Applied Physiology*,

- Nutrition, and Metabolism*, 45(10), S218–S231. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0357>
- Cooper, A. R., Loeb, K. L., & McGlinchey, E. L. (2020). Sleep and eating disorders: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 34, 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.010>
- Da Rocha, R. B., Silva, C. S., & Cardoso, V. S. (2020). Self-care in adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Current Diabetes Reviews*, 16(6), 598–607. <https://doi.org/10.2174/1573399815666190925123430>
- Dawson, N., & Hammer, J. H. (2020). No pain, no gains: Conformity to masculine norms, body dissatisfaction, and exercise dependence. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(3), 430–440. <https://doi.org/10.1037/men0000233>
- Domínguez Gallardo, L. A., & Ortega Filártiga, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), 63–74.
- Durlach, V., Vergès, B., Al-Salameh, A., Bahougne, T., Benzerouk, F., Berlin, I., ... & Le Faou, A. L. (2022). Smoking and diabetes interplay: A comprehensive review and joint statement. *Diabetes & Metabolism*, 48(6), 101370. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2022.101370>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2025). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), segundo trimestre 2025*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/enoe/enoe2025_02_Hgo.pdf
- Feng, H., & Motoki, K. (2024). “Feminine = Healthy Food” stereotype: Impact of feminine brand personality on consumer attitudes toward healthier food brands. *Food Quality and Preference*, 118, 105204. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2023.105204>
- García Ortiz, Y., Casanova Expósito, D., & Raymond Álamo, G. (2022). Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicentro Electrónica*, 26(2), 412–435.
- González-Cantú, A., Silva-Tinoco, R., De la Torre-Saldaña, V. A., Ferreira-Hermosillo, A., Cuatecontzi-Xochitiotzi, T., & Ochoa-Moreno, J. (2021). Factores económicos y por confinamiento afectan el autocuidado durante la pandemia por COVID-19 en pacientes con diabetes tipo 2. *Medicina Interna de México*, 37(6), 962–970.

- Grandner, M. A. (2022). Sleep, health, and society. *Sleep Medicine Clinics*, 17(2), 117–139. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2021.11.005>
- Grummon, A. H., Sokol, R. L., & Lytle, L. A. (2021). Is late bedtime an overlooked sleep behaviour? Investigating associations between sleep timing, sleep duration and eating behaviours in adolescence and adulthood. *Public Health Nutrition*, 24(7), 1671–1677. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004219>
- Gurubhagavatula, I., Barger, L. K., Barnes, C. M., Basner, M., Boivin, D. B., Dawson, D., ... & Van Dongen, H. P. (2021). Guiding principles for determining work shift duration and addressing the effects of work shift duration on performance, safety, and health: Guidance from the American Academy of Sleep Medicine and the Sleep Research Society. *Sleep*, 44(11), zsab161. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab161>
- Huang, B. H., Duncan, M. J., Cistulli, P. A., Nassar, N., Hamer, M., & Stamatakis, E. (2022). Sleep and physical activity in relation to all-cause, cardiovascular disease and cancer mortality risk. *British Journal of Sports Medicine*, 56(13), 718–724. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-105080>
- Jansen, E. C., Stern, D., Monge, A., O'Brien, L. M., Lajous, M., Peterson, K. E., & López-Ridaura, R. (2020). Healthier dietary patterns are associated with better sleep quality among midlife Mexican women. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(8), 1321–1330. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8498>
- León-Landa, E. H., Orozco-Castillo, L., Argüelles-Nava, V. G., Hernández-Barrera, L., Luzanía-Valerio, M. S., & Campos-Uscanga, Y. (2019). La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Universidad y Salud*, 21(2), 132–140.
- Lerman, I., Lozano, L., Villa, A. R., Hernández-Jiménez, S., Weinger, K., Caballero, A. E., & Rull, J. A. (2004). Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized center in Mexico City. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 58(10), 566–570.
- Li, J., Cao, D., Huang, Y., Chen, Z., Wang, R., Dong, Q., ... & Liu, L. (2022). Sleep duration and health outcomes: An umbrella review. *Sleep and Breathing*, 26(2), 501–523. <https://doi.org/10.1007/s11325-022-02560-5>
- Linnaranta, O., Bourguignon, C., Crescenzi, O., Sibthorpe, D., Buyukurt, A., Steiger, H., & Storch, K. F. (2020). Late and

- instable sleep phasing is associated with irregular eating patterns in eating disorders. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(9), 680–690.
- McEwen, M. M., Pasvogel, A., Elizondo-Pereo, R., Meester, I., Vargas-Villarreal, J., & González-Salazar, F. (2019). Diabetes self-management behaviors, health care access, and health perception in Mexico-US border states. *The Diabetes Educator*, 45(2), 164–173. <https://doi.org/10.1177/0145721718823573>
- Medina-Gómez, O. S., & Escobedo-de la Peña, J. (2023). Desigualdades en la mortalidad por diabetes en México: 2010–2019. *Gaceta Médica de México*, 159(2), 113–118.
- Mogre, V., Johnson, N. A., Tzelepis, F., Shaw, J. E., & Paul, C. (2019). A systematic review of adherence to diabetes self-care behaviours: Evidence from low- and middle-income countries. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3374–3389. <https://doi.org/10.1111/jan.14190>
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 114–123.
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Waage, S., Harris, A., & Sagoe, D. (2021). Prevalence of shift work disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 638252. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.638252>
- Pastor, A., Conn, J., MacIsaac, R. J., & Bonomo, Y. (2020). Alcohol and illicit drug use in people with diabetes. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(3), 239–248. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30413-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30413-4)
- Pavlova, M. K., & Latreille, V. (2019). Sleep disorders. *The American Journal of Medicine*, 132(3), 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.09.021>
- Picó-Guzmán, F. J., Martínez-Montañez, O. G., Ruelas-Barajas, E., & Hernández-Ávila, M. (2022). Estimación del impacto económico por complicaciones cardiovasculares y de diabetes mellitus 2019–2028. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(Supl. 2), S86.
- Ramírez García, M. C., Anlehu Tello, A., & Rodríguez León, A. (2019). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Horizonte Sanitario*, 18(3), 383–392.

- Rodríguez, H., Gómez-Corona, C., & Valentin, D. (2020). Femininities & masculinities: Sex, gender, and stereotypes in food studies. *Current Opinion in Food Science*, 33, 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.cofs.2020.04.001>
- Rodríguez, C. E. F., Cárdenas, C. A. M., & Martínez, R. E. M. (2022). Empleo formal e informal y su repercusión en las condiciones de vida de los trabajadores: Estudio de casos. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 1412–1432.
- Rodríguez-Saldana, J. (2023). The economic costs of diabetes. En *The Diabetes Textbook: Clinical Principles, Patient Management and Public Health Issues* (pp. 25–48). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-30804-0_3
- Rogvi, S. Á., Guassora, A. D., Tvistholm, N., Wind, G., & Christensen, U. (2021). “It is a full-time job to be ill”: Patient work involved in attending formal diabetes care among socially vulnerable Danish type 2 diabetes patients. *Qualitative Health Research*, 31(14), 2629–2640. <https://doi.org/10.1177/10497323211041590>
- Secretaría de Economía de México. (2024). *Data México*. Recuperado el 29 de junio de 2025, de <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/hidalgo-hg?growthSelector1=growthOption&occupationSelectorGender1=gender1&redirect=true&workforceSelector=salaryOption>
- Titus, S. K., & Quiles–Pollard, G. (2023). A study of immigrant Latinas’ perspectives of caring for their diabetes. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 10(5), 2252–2260. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01378-7>
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). El resumen de las actividades de autocuidado de la diabetes mide: Resultados de 7 estudios y una escala revisada. *Diabetes Care*, 23(7), 943–950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
- Wachid, N., Gayatri, D., & Pujasari, H. (2019, April). Correlation between sleep quality with diabetes self-care management on diabetes mellitus type 2 patients. En *AIP Conference Proceedings* (1). AIP Publishing. <https://doi.org/10.1063/1.5096717>
- Whittemore, R., Vilar-Compte, M., De La Cerda, S., Marron, D., Conover, R., Delvy, R., ... & Pérez-Escamilla, R. (2019). Challenges to diabetes self-management for adults with type 2 diabetes in low-resource settings in Mexico City: A qualitative descriptive study. *International Journal for Equity in Health*

Coordinadores

Benavides Guerrero Carolina

Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Candidato del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Perfil PRODEP, Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidados en Personas Vulnerables, Miembro de la Red ESAM México, Miembro organizador del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable, sede Nuevo Laredo.

Diana Berenice Cortes Montelongo

Doctor en Ciencias de Enfermería (UANL), Maestría en administración en los servicios de enfermería (UASLP). Profesor e investigador de tiempo completo (UAdeC). Miembro del SNII, Nivel 1. Investigador Honorífico del Sistema Estatal de Investigadores de Coahuila. Perfil PRODEP. Certificación docente COMCE. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor- México (Red-ESAM). Miembro del Cuerpo Académico Consolidado “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Las líneas de investigación se enfocan en la atención integral del cuidado a la salud y bienestar a través del estudio del comportamiento humano y conductas promotoras de salud física, psicológica y social en las personas en procesos de envejecimiento y facilitadores de cuidados, así como intervenciones multicomponentes. Evaluador de artículos científicos, Cuerpo editorial de revistas científicas, coordinador y dictaminador de libros y capítulos de libros, ponente y tallerista en congresos y diplomados. Creador de contenido digital de divulgación científica y actividades de participación social y comunitaria.

Cuevas Martínez Karla Iris

Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Candidato del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras y Perfil PRODEP. Miembro de la Red ESAM México y Coordinador GREEFES e integrante del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidado en Personas Vulnerables de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo.

Cortez González Luis Carlos

Doctor en Ciencias de Enfermería. Miembro del SNII, nivel 1. Investigador Honorífico del Sistema Estatal de Investigadores de Coahuila. Perfil deseable PRODEP. Certificación docente COMCE. Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, Unidad Sureste. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”.

Colaboradores

Aguirre Sifuentes Edgar

Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor de asignatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Es investigador Senior en el Sistema Estatal de Coahuila. Su línea de investigación se enfoca en el análisis de los procesos psicológicos involucrados en la educación.

Alarcón-Luna Nohemí Selene

Doctora en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo e Investigadora de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Nivel-Candidato. Integrante del Cuerpo Académico Salud Comunitaria. LGAC: Cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad.

Alatorre Esquivel María de los Ángeles

Universidad Autónoma de Tamaulipas. Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil PRODEP. Ha colaborado en capítulos de libro y artículos de investigación. Su área de interés son poblaciones vulnerables, autocuidado y redes de apoyo en adultos mayores. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor- Red ESAM. Miembro del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidado en Personas Vulnerable.

Alcocer Carranza Jesús

Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor Asignatura A en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Ganador de la medalla de oro en la prueba de conocimientos en la Primer Olimpiada Mexicana de enfermería. Reconocido por merito académico de alumno de posgrado por el Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International.

Alves de Moura Matheus Henrique

Maestro en Enfermería por la Universidad Federal de Alfenas - Minas Gerais, Brasil. Doctorando en Ciencias de Enfermería en la Línea de Investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Ángel-García Julieta

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro). Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Actualmente es profesor-investigador en el Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Desarrolla investigación relacionados al sobrepeso y obesidad infantil, cuenta con diversas publicaciones de capítulos de libros, artículos científicos, ha realizado estancias nacionales e internacionales de investigación y reconocimientos por sus investigaciones. Además, es Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNII) y Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Tau Alpha.

Armendáriz García Nora Angélica

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International. SNII nivel I. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado Prevención de Adicciones a drogas lícitas e ilícitas.

Astorga Portugal Michel

Candidata a Doctorado en Salud Pública por la Universidad Universidad Contemporánea de las Américas (UNICLA), Maestría en Administración de los Servicios de Salud por el Instituto Universitario Veracruzano (IUV), Maestría en Salud Pública por Universidad Xochicalco, Licenciatura en Enfermería por la UABC. Actualmente soy Técnico Académico en UABC y Enfermera General “B” en Clínica ISSSTE Ensenada.

Avilés Rodríguez Gener José

Médico por la Universidad de Montemorelos en Nuevo León. Maestro y Doctor en Ciencias con enfoque en analítica y ciencia de datos aplicados a medicina por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Actualmente profesor investigador en la Escuela de Ciencias de la Salud de la UABC, miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, de la Academia Joven de México y de Sigma Xi The Scientific Research Society.

Bautista Jacobo Alejandrina

Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1, Perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente, Maestra de Tiempo Completo del Departamento de Matemáticas, Universidad de Sonora.

Benavides-Torres Raquel Alicia

PhD in Nursing por la Universidad de Texas en Austin. Profesora Titular B de Tiempo, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con perfil PRODEP y certificación de excelencia por el COMCE. Secretario de Programas de Doctorado. Miembro del SNII Nivel II. Coordinador de la Red Iberoamericana de Sexualidad Responsable-Salud y Bienestar (RIISEX). Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad.

Borjón Jiménez Sofía

Estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Es colaboradora dentro del cuerpo académico Psicología y Educación.

Botello Moreno Yolanda

Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Candidato del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras y Perfil PRODEP. Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidado en Personas Vulnerables de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo.

Carlin Guerrero Daniel

Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Castillo Vargas Raúl Adrián

Maestro en Investigación Multidisciplinaria en Salud, por la Universidad Autónoma de Coahuila, Especialista en Cirugía General por la Universidad Autónoma de Tamaulipas Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Coordinador de Hospitales Universitarios de la Universidad Autónoma de Coahuila y Profesor en la Facultad de Enfermería, Unidad Sureste de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Coronel Pérez Francisco Javier

Doctor en Ciencias de la Cultura Física, Perfil Deseable de PRODEP desde el 2023. Actualmente es Profesor de Tiempo Completo en la UAdeO Unidad Regional Guasave desempeñando funciones de docencia e investigación.

Cortes-Arzate Alexia Gabriela

Licenciatura en enfermería de la Facultad de Enfermería Nuevo laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Autora de la tesis con título “Relación del consumo de alcohol y las creencias del consumo de alcohol en adolescentes”.

Cortés Hernández José Lauro

Director ejecutivo del Hospital de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Cuellar González Jesús

Pasante de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Cruz Rivera Carmen

Licenciada en Enfermería, Especialista en Salud Comunitaria con Énfasis en la Familia y Maestría en Enfermería, por la Facultad de Enfermería de la BUAP. Líder del Cuerpo Académico Cuidado Enfermero Dirigido al Bienestar Familia y Comunidades Sostenibles, docente con distinción PRODEP, ha publicado artículos de investigación nacionales e internacionales.

Cruz-Quevedo Juana Edith

Licenciada en Enfermería por la Universidad Veracruzana. Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Académico de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Región Veracruz. Universidad Veracruzana. Responsable del Cuerpo Académico En Consolidación “Cuidado de las Personas Adultas Mayores” (UV-CA-357). Coordinadora del Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (ESAM) -México. Miembro de la Red de Automanejo en Enfermedades Crónicas. Desarrolla la Línea de investigación de Funcionalidad en el AM y como producto de ello es

autora y co-autora de artículos en revistas nacionales e internacionales, libros y capítulos de libro respecto a la atención de los adultos mayores y sus cuidadores. Ha dirigido trabajos de tesis a nivel de licenciatura, maestría y doctorado.

Cruz Rivera Rayo

Lic. en Enfermería, Especialidad en Salud Comunitaria con Énfasis en la Familia y Maestría en Enfermería, por la BUAP. Profesor Investigador del P.E de Licenciatura en Enfermería del Complejo Regional Norte, BUAP. Es integrante del Cuerpo Académico Cuidado Enfermero Dirigido al Bienestar Familia y Comunidades Sostenibles, Docente con distinción PRODEP.

Cu Farfán López Julio

Docente investigador de la Facultad de Ciencia, Educación y Humanidades de la Universidad Autónoma de Coahuila. Líder del Cuerpo Académico “Calidad de vida como problemática socioeducativa”. Ha publicado cinco libros de investigación y uno de poesía. Actualmente es director de dicha Facultad. Fue Secretario General de la Coordinación de la Unidad Sureste. Afiliado a la ANEPEF. Actualmente es miembro del SNII nivel uno.

De León-Ramírez Mayra Samira

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Maestra en Enfermería por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Doctorante en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Docente de horario libre en pregrado y posgrado en la Universidad del Noreste. Destaca por desarrollar software de realidad virtual para enseñanza de RCP, obtener la beca CUMex-AUIP 2023, autora de artículos científicos y capítulos de libros.

De Valle-Alonso María de Jesús

Licenciado en Enfermería, maestría en Docencia en Educación Superior y Doctorado en Educación Internacional. Subjefa de enfermería jubilada del IMSS, Profesor de Tiempo Completo, perfil PRODEP,

en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo desde 1990, Candidato a Investigador del SNI; integrante del CA Consolidado “Adicciones”, autora y coautora de publicaciones, libros y capítulo de libros.

Díaz Dávila Marissa Michelle

Maestra en enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesora de horario libre. Facultad de enfermería, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. Docente e instructora de práctica clínica. Miembro del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidado en Personas Vulnerables. Miembro de Redes Internacionales de Enfermería de las Américas y Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor Red-ESAM. Coordinadora del Grupo de estudiantes de enfermería al fomento del envejecimiento saludable (GREEFES).

Domínguez Chávez Claudia Jennifer

Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología. Cuenta con la Certificación para la administración e interpretación de la Evaluación Cognitiva de Montreal y con Certificado de Calidad como Docente de Enfermería por la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería AC. Colabora como Coordinadora regional del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor y representante institucional de la Facultad de Enfermería de la UABC, ante la Red Internacional-ESAM México. Es miembro activo en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau, capítulo Tau Alpha, Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor – México. Su interés en investigación está centrado en el estudio del proceso de envejecimiento especialmente en el abordaje del declive cognitivo y motriz, el empleo de terapias complementarias como el uso de la música y el entrenamiento físico, así como el estudio de la vejez y el gerontoactivismo.

Enríquez Reyna María Cristina

Licenciatura y Maestría en Ciencias de Enfermería con Doctorado en Ciencias de la Cultura Física. Certificaciones del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, Exercise is medicine del American College of Sports Medicine y de la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría. Profesor investigador con línea de investigación de actividad física para la salud, la calidad de vida durante el envejecimiento y la práctica profesional basada en evidencias. Perfil deseable PRODEP-SEP desde 2022. Miembro Colaborador del Global Observatory for Physical Activity (GoPA), Observatorio de la Sociedad Internacional de Actividad Física y Salud (ISPAH). Miembro del Cuerpo Académico de Ciencias del Ejercicio; Red de investigación REDDECA-Conducta Saludable con Deporte de Calidad; y de ALCIDED (Asociación Latinoamericana de Ciencias del Deporte, Educación Física y Danza). Vocal secretario del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Organización Deportiva-UANL.

Escudero-Gonzalez Karla Karime

Licenciada en Enfermería por Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche, Maestra en Ciencias de Enfermería y Doctorante en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social y maestro de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Campeche.

Esparza Almanza Santiago Enriqueta

Maestra en Ciencias de Enfermería. Subdirectora de pregrado y profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado Prevención de Adicciones a drogas lícitas e ilícitas.

Esquivel Rubio Abraham Isaac

Licenciado en Enfermería y Obstetricia de la UNAM, Maestro en Enfermería por la UACH, Doctor en Ciencias de Enfermería por

la UANL, Especialista en Migración Internacional por el COLEF y Maestrante en Estudios de Migración Internacional por el COLEF. Profesor-investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California. Se ha enfocado en el estudio de la salud intercultural y salud sexual y reproductiva en poblaciones vulnerables, particularmente personas migrantes; ha desarrollado proyectos de intervención para aumentar el uso de condón en migrantes internacionales, estudios sobre salud mental en migrantes mexicanos, abordajes cualitativos sobre el acceso a servicios de salud de personas migrantes internacionales y sobre el uso del condón en migrantes haitianos en la frontera noroeste de México. Miembro de Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha; miembro del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE). Además, participa como Miembro activo de la Red Temática de Investigación en Sexualidad Responsable, de la Red Internacional de Investigación y Educación para la Salud Comunitaria y de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor.

Estrada-Luna Diego

Doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Nacional Autónoma de México, durante pregrado y posgrado se realizaron estancias en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, el Instituto Nacional de Pediatría, el Instituto Nacional de Medicina Genómica y el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. Se cuenta con treinta artículos originales y de revisión en revistas JCR de alto Factor de Impacto, dos capítulos de libros, siete artículos de divulgación científica, siete distinciones y premios en investigación como estudiante y tutor. Actualmente miembro del núcleo básico de la especialidad de neonatología, miembro del núcleo complementario de la maestría en ciencias biomédicas y de la salud y del núcleo básico del doctorado en ciencias de los alimentos y de la salud, todos en la UAEH. Parte del comité de ética del bioterio de la UAEH (CICUAL) y miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras nivel I. Actualmente es Coordinador de Investigación y Representante de Investigación, Desarrollo e Innovación del Instituto de Ciencias de la Salud, además de presidente del Comité de Ética en Investigación de la UAEH.

Figueroa Ibarra Claudia

Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel C, Perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente, Maestra de Tiempo Completo y Jefa del Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora

Galicia-Aguilar Rosa María

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo e Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Perfil Deseable (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Nivel 1. Integrante del Cuerpo Académico Intervenciones para el Cuidado de la Salud. Puebla México.

García Perales Laura Alicia

Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, donde coordina iniciativas de prevención de adicciones. Es integrante del Grupo Disciplinar Salud Mental y Fenómenos Asociados y coordinadora del grupo GREECA. Cuenta con certificación como Enfermera Docente de Calidad por el COMCE. Es miembro activo de redes académicas nacionales e internacionales enfocadas en salud y prevención. Ha dirigido tesis, presentado ponencias y publicado trabajos científicos sobre el consumo de sustancias y su prevención.

García Pérez Leslie Marlen

Pasante de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Garza Sánchez Rosa Isabel

Licenciada en Psicología, Maestra en Metodología de la Investigación y Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC), México. Profesora Investigadora de Tiempo

Completo adscrita a la Facultad de Ciencia, Educación y Humanidades (UAdeC). Cuenta con reconocimiento al perfil deseable del Programa de Desarrollo Docente (PRODEP) de la Secretaría de Educación Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. Pertenece al Cuerpo Académico Salud mental y bienestar, es miembro del Núcleo Académico Básico (NAB) de la Maestría en Psicología Clínica y del Doctorado en Psicología de la Salud. Ha participado como evaluador en diferentes revistas científicas nacionales e internacionales.

Ha publicado artículos en revistas arbitradas e indexadas nacionales e internacionales, así como libros y capítulos de libro en editoriales de reconocido prestigio con la línea de investigación de estilos de vida, Calidad de Vida y bienestar en adolescentes y adultos.

Gómez-Melasio Dafne Astrid

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de tiempo completo y colaborador del cuerpo académico “Investigación Educativa en Enfermería y Salud” en la Facultad de Enfermería Unidad Sureste, de la Universidad Autónoma de Coahuila.

González-Álvarez Mireya del Carmen

Doctora en Salud Pública, Doctora en ciencias de la vida. Catedrática investigadora de tiempo completo e integrante del cuerpo académico “Investigación Educativa en Enfermería y Salud” en la Facultad de Enfermería Unidad Sureste de la Universidad Autónoma de Coahuila.

González Tovar José

Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Psicología Unidad Saltillo. Cuenta con Reconocimiento al Perfil deseable del Programa de Desarrollo Docente (PRODEP) de la Secretaría de Educación Pública. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONAHCYT, nivel 1 desde el 2011, además pertenece al Cuerpo Académico en Consolidación Salud Mental y Bienestar. Fundador del área de posgrado de la Facultad de Psicología en donde pertenece a los núcleos académicos de la Maestría en Psicología Clínica.

nica y del Doctorado en Psicología de la Salud. Ha participado como evaluador en diferentes revistas científicas nacionales e internacionales, así como en diversos proyectos editoriales, además es evaluador externo de diferentes instituciones de educación superior, evaluador dentro del programa nacional de posgrados de calidad y de los diferentes programas del CONAHCYT. Ha publicado artículos en revistas arbitradas e indexadas nacionales e internacionales, así como libros y capítulos de libro en editoriales de reconocido prestigio. Su línea de investigación es: Análisis de la calidad de vida y bienestar individual en familias y población mexicana. Actualmente es el Director de la Facultad de Psicología de la UAdeC.

Guajardo Balderas Verónica

Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil PRODEP. Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidado en Personas Vulnerables. Actualmente Directora de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.

Guajardo Espinoza José María†

Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila. Actualmente se desempeña como Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Es miembro activo de la Red Iberoamericana de Educación y Liderazgo. Su línea de investigación se enfoca en el análisis de los procesos psicológicos involucrados en la educación.

Gutiérrez Arce Kirby

Doctor en ciencias de la cultura física, perfil deseable PRODEP desde el 2023, miembro del SECIHTI, nivel candidato y profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Occidente, líneas de investigación en prescripción para el ejercicio físico y calidad de vida relacionada con la salud.

Guzmán-Ramírez Verónica

Doctorado en Ciencias de Enfermería; Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Profesora con Perfil Deseable PRODEP, Candidata a Investigador en el Sistema Nacional de Investigadores; Certificación de Enfermero Docente de Calidad por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería A.C. (COMCE); Integrante del Cuerpo Académico Consolidado de Adicciones (UAT-CA-124).

Hernández Tomás Anahí Lizbeth

Licenciada en Enfermería por la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Herrera-Garibay Idalia Margarita

Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila. Colaborador del cuerpo académico “Investigación Educativa en Enfermería y Salud”, secretaria académica y profesora de medio tiempo en la Facultad de Enfermería Unidad Sureste de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Huante Sánchez Yarethzi Elizabeth

Licenciada en Enfermería con Maestría en Ciencias de Enfermería, enfocado en adicciones. Profesor de horario libre en la Facultad de Enfermería de la UAT desde 2024. Colaboradora externa en el Cuerpo Académico de Adicciones (UAT-CA-124).

Jasso Oyervides, Martha Virginia

Licenciatura en Trabajo Social en la UAdeC, Maestría en Desarrollo Social Doctora en Ciencias Sociales. Catedrática de Tiempo Completo (perfil PRODEP) en la Facultad de Trabajo Social en la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC) y Líder del CA Desarrollo y Transformación Social. Fue directora y secretaria Académica de la Facultad de (2012-2014, UAdeC) Miembro del Sistema Estatal de Investigado-

res de Coahuila, Integrante del Comité Académico del EGELTS del CENEVAL, Coordinadora de la Reforma curricular interinstitucional Saltillo-Torreón en Coahuila. Coordinadora de la Red de Trabajo Social en Migración, Miembro de ACANITS y de la Comisión de Evaluación para la certificación de programas educativos (CIFRHS) en el 2018. Actualmente coordina la Catedra Sergio Vieira De Mello en una colaboración de la UAdeC con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en Saltillo Coahuila.

Jiménez Cruz Evelyn

Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Sus áreas de interés se enfocan en la investigación, el cuidado directo al paciente y el desarrollo profesional en el campo clínico. Ha participado en un proyecto de investigación relacionado con la red de apoyo, aislamiento, soledad e inclusión digital en adultos mayores. Miembro del GREEFES, sede Nuevo Laredo.

Jiménez-Osorio Angélica Saraí

Licenciada en Química en Alimentos por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Maestra en Ciencia y Tecnología de Alimentos por la Universidad Autónoma de Querétaro. Doctora en Ciencias Bioquímicas por la Universidad Nacional Autónoma de México, en las líneas de investigación del uso de compuestos de origen natural para como coadyuvantes en el tratamiento de enfermedades cardiometabólicas, así como el estudio de la asociación de factores genéticos y marcadores de estrés oxidante con enfermedades crónico-degenerativas en población mexicana. Cuenta con publicaciones indexadas en el Journal Citation Reports, con más de 724 citas e índice h de 13, según SCOPUS. Actualmente es Coordinadora de Planeación del Área Académica de Enfermería, secretaria del Comité de Ética en Investigación y Coordinadora de Evaluación del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Sus Investigaciones actuales se enfocan en el abordaje interdisciplinario en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiometabólicas, desde un enfoque básico utilizando modelos animales, hasta su aplicación en estudios clínicos. Miembro del SNII nivel 2.

Juárez-De Llano Alma Leticia

Maestra en Enfermería. Profesora de Horario Libre de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Colaboradora del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. LGAC: Cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad.

Juárez Medina Liliana Leticia

Profesora de Tiempo Completo con perfil deseable (PRODEP). Universidad Autónoma de Tamaulipas Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la UANL. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado Salud comunitaria (UAT-CA-130) que cultiva la línea de investigación cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1.

Juarez-Perez Amayrani

Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Doctoranda en Ciencias de Enfermería en la Línea de Investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Lara Vásquez Claudia Verónica

Doctorante en psicología de la salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Máster en Enfermería y Licenciado Enfermería. Directora de la Escuela de Enfermería Dorothea E. Orem

Lerma-Valdez Adriana

Doctora en Salud Pública. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Colaboradora del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. LGAC: Cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad.

López Teposte Ilce Viviana

Licenciada en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Sonora, Maestra en Ciencias de la Comunicación y responsable del Programa de Apoyo Académico a Estudiantes Indígenas, Universidad de Sonora.

Macias Escobedo Edgar Humberto

Master en Psicobiología del Daño Cerebral por la Universidad de Sevilla realizando su formación clínica en el Hospital Universitario Virgen Macarena y Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Coahuila, desde 2005 es catedrático investigador de la UAdeC, miembro del CAEF Psicología y Educación, responsable del Laboratorio de Psicofisiología de la Facultad de Psicología; participa desde entonces como Rater en ensayos clínicos para la industria farmacéutica aplicando exploraciones de funciones cognitivas. Realiza además atención de pacientes en consulta particular en todas las edades. Ha realizado diversas publicaciones en temas de rendimiento cognitivo en trabajo conjunto con investigadores de otros países. Como estudiante del Doctorado en Psicología de la Salud desarrolla una prueba de evaluación de funciones ejecutivas en adultos mayores.

Márquez-Vargas Patricia Marisol

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo e Investigadora de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Candidato. Integrante del Cuerpo Académico Salud Comunitaria. LGAC: Cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad.

Martínez de la Fuente Viridiana

Especialista en Educación en Diabetes, es la jefa de la consulta de Nutrición en el Hospital de la Universidad Autónoma de Coahuila. Líneas de investigación: Diabetes, Obesidad y Síndrome de Prader Willy

Martínez Ramírez Beatriz

Médica General y Partera, Maestra en Ciencias de la Salud y Doctora en Salud Pública. Ha trabajado en los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo y es Profesora e Investigadora de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Tiene publicaciones, capítulos de libro y codirige tesis. Cuenta con perfil PRODEP y es miembro del Sistema Estatal de Investigadores Nivel 3.

Matos Aguayo Gerardo Omar

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Colabora activamente con el Cuerpo Académico Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, participando en proyectos de investigación registrados ante la Dirección de Investigación y Posgrado de la UQROO. Ha formado parte del Programa Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado del Pacífico (Verano Delfín) en las ediciones 2023 y 2024, y ha sido ponente en diversos congresos nacionales e internacionales. Cuenta con publicaciones en revistas indexadas y arbitradas, y sus principales líneas de investigación se centran en el autocuidado, la salud y el bienestar en grupos vulnerables.

Medina-Fernández Isaí Arturo

Licenciado en Enfermería, Maestro en Enfermería y Doctor en Salud Pública. Profesor e Investigador de Tiempo Completo y Coordinador de la Maestría en Enfermería en la Universidad Autónoma de Coahuila. Cuenta con el reconocimiento al Perfil Deseable (PRODEP), reconocimiento en el Sistema Estatal de Investigadores y Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) Nivel 1.

Medina-Fernández Josué Arturo

Licenciado en Enfermería, Maestro en Enfermería y Doctor en Salud Pública. Profesor e Investigador de Tiempo Completo y Jefe del Departamento de Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Cuenta con el reconocimiento al Perfil Deseable (PRODEP), reconocimiento en el Sistema Estatal de In-

vestigadores nivel honorífico y Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) Nivel 1.

Méndez-Ruiz Martha Dalila

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la UAT. Jefa de Investigación y Posgrado, secretaria del Comité Académico de Posgrado e Investigación y Coordinadora de Educación Continua. Es Coordinadora el Grupo de Estudiantes Contra las Adicciones de Nuevo Laredo. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I), cuenta con Perfil Deseable PRODEP.

Mendoza-Catalán Geu

Licenciado en Enfermería, Universidad Autónoma de Guerrero; Maestro y Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente es profesor-investigador en el Área Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Cuenta con diversas publicaciones de capítulos de libros, artículos científicos y reconocimientos por sus investigaciones. Actualmente es Coordinador del Posgrado del Área Académica de Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel 1.

Molina Arriaga Angela Gabriela

Licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila, cuenta con Maestría en Ciencias de la Educación por la Universidad del Valle de México y Doctorante en Planeación y Liderazgo Educativo por la Universidad Americana del Noreste. Adscrita a la UAdeC, se ha desempeñado como Diseñadora Instruccional en la oferta de programas educativos virtuales; catedrática en la Facultad de Ciencia, Educación y Humanidades, Facultad de Artes Plásticas y Facultad de Psicología. Fue secretaria académica de la Facultad de Psicología y actualmente se desempeña como Subcoordinadora General de Vinculación. Su línea de investigación se centra en abordar los procesos de aprendizaje, el desempeño escolar, el desarrollo de habilidades blandas, así como el liderazgo educativo. Sus publicaciones analizan de

la calidad de la Educación Superior, la práctica de las organizaciones educativas modernas, el estrés laboral y burnout del docente, las técnicas de enseñanza eficaces, la autopercepción motivante de los estudiantes, la postergación escolar, la tutoría universitaria, los ansiógenos educativos, la resiliencia en universitarios, y las habilidades de liderazgo estudiantil.

Moreno-Cruz Mildred Astrid

Licenciada en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Maestra en Ciencias de Enfermería y actualmente Doctorante en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Docente de horario libre y área clínica de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo Tamaulipas, colaboradora del Cuerpo Académico Consolidación de Adicciones y autora de artículos científicos y capítulos de libro.

Moreno Tochihuitl Maricarmen

Licenciada en Enfermería y Maestría en Enfermería, por la Facultad de Enfermería de la BUAP. Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del SNI- Nivel I. Docente con distinción PRODEP. Integrante del Padrón de Investigadores de la BUAP. Integrante del Cuerpo Académico Cuidado Enfermero Dirigido al Bienestar Familia y Comunidades Sostenibles.

Nuncio Domínguez, José Luis

Doctor en Ciencias Sociales, Maestro en Administración de la Atención de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo con Perfil Deseable PRODEP, Nivel Candidato en el SNII- SECIHTI, Catedrático Investigador, Investigador Senior del Sistema Estatal de Investigadores Coahuila. Miembro del Cuerpo Académico de Desarrollo y Transformación Social de la Facultad de Trabajo Social, colaborador en el Cuerpo Académico Cuidado Integral para la Atención al Adulto Mayor, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Certificación Nacional como Enfermero Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, Miembro Red ESAM-México.

Nupo Abosede Olatunde

Maestro experimentado en la Escuela Secundaria Asero Abeokuta, Nigeria. Economista calificada, que obtuvo el título de BSC en 2008, completó su maestría en 2016 en la prestigiosa Universidad de Ibadan, Nigeria. Se especializa en educación de adultos con énfasis en el Estado Nutricional de los Niños. Antes de mudarse a México ha tenido un impacto en los niños pequeños y las mujeres de su país. Oradora invitada en varias reuniones de hermanas sobre asuntos de mujeres. Tiene publicaciones sobre niños y mujeres en revistas locales e internacionales en su haber. Actualmente, es estudiante de Doctorado en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Nupo Sunday Sedodo

Doctor en Nutrición y Dietética y Dietista Registrado. Líneas de investigación: Investigación en nutrición y salud. Centro de Investigación en Genética y Genómica (CIGEN) de la Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México.

Oliva Rodríguez Nora Nelly

Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado Prevención de Adicciones a drogas lícitas e ilícitas.

Carolina Ortega Olvera

Profesora Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Doctora en Salud Pública, por el Instituto Nacional de Salud Pública, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación.

Ortiz Cruz Gabriela

Especialista en Genética, Doctora en Ciencias Médicas (UNAM). Líneas de investigación: Ciencias ómicas y medicina de precisión. Es fundadora y directora del Centro de Investigación en Genética y Genómica (CIGEN) de la Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México.

Peña Torres Edgar Fernando

Egresado del Instituto Tecnológico de Mazatlán donde obtuvo el grado de Ingeniero Bioquímico. Maestro en Ciencias por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD) en el departamento de Ciencia y Tecnología de Alimentos de Origen Animal y Doctor en Ciencias por la misma institución; Dentro de las líneas de investigación que maneja se encuentra la ciencia y tecnología de alimentos, biología molecular, estadística y diseño de experimentos. Actualmente se desempeña como Profesor de tiempo completo en el Departamento de Turismo Sustentable, Gastronomía y Hotelería en la Universidad del Caribe. Ha participado como colaborador en proyectos del sector público y privado y cuenta con ponencias en congresos y eventos nacionales e internacionales, artículos de investigación científica en revistas indexadas enfocadas en la ciencia y tecnología de alimentos. Actualmente es miembro del es miembro del Sistema Estatal de Investigadoras e Investigadores Nivel Honorífico y del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores en nivel 1.

Pérez-Briones Nancy Griselda

Doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesora de Tiempo Completo y líder del cuerpo académico “Investigación Educativa en Enfermería y Salud” en la Facultad de Enfermería Unidad Sureste de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Pérez Tejada Oscar Fernández

Profesor Investigador de Tiempo Completo adscrito a la Coordinación Académica Región Huasteca Sur de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Maestro en Dirección y Gestión Pública Local por la

Universidad Carlos III, España. Responsable del Programa de Alfabetización del Instituto Estatal de Educación para Adultos en la Zona Huasteca Sur

Quintana Zavala María Olga

Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel 1, Perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente, Maestra de Tiempo Completo del Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora

Ramos Zamora José Adolfo

Maestría en Ciencias de Enfermería, Profesor de Horario libre de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Tamaulipas. Certificación de Enfermero Docente de Calidad por el Consejo Mexicano de Certificación en de Enfermería A.C. (COMCE); Colaborador del Cuerpo Académico Consolidado de Adicciones (UAT-CA-124).

Rascón Arriaga Fernanda Guadalupe

Licenciada en Psicología, Maestra en Ciencias Sociales y Doctora en Ciencias Sociales. Profesora determinada en la Universidad Estatal de Sonora y Encargada de Psicopedagógico de Universidad Kino en Hermosillo, Sonora.

Rendon Torres Luis Antonio

Tiene un doctorado en ciencias de enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Maestro de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Tamaulipas con perfil PRODEP y Nivel Candidato en el Sistema Nacional de Investigadores. Integrante del Cuerpo académico en consolidación de Salud y cuidado en personas vulnerables (Adulto mayor, niños y mujeres embarazadas). Miembro del comité Nacional e Internacional de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (ESAM).

Reyes Cabrera Nancy Zulema

Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas; Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León; Doctorado en Bioética por el Instituto de Investigaciones en Bioética. Especialización en Enfermería Quirúrgica y Administración de los Servicios de Enfermería. Enfermera Especialista en el Hospital General de Nuevo Laredo, Tamps. Profesor de Tiempo Completo en Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Director de Tesis de Pre y Pos grado. Recertificación de Calidad por COMCE (2024-2029).

Reyes-Sánchez Carlos

Doctorado en Enfermería; Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Profesor con Perfil Deseable PRODEP, Candidato a Investigador en el Sistema Nacional de Investigadores; Certificación de Enfermero Docente de Calidad por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería A.C. (COMCE). Integrante del Cuerpo Académico Consolidado de Adicciones (UAT-CA-124).

Reyes Rodríguez Esmeralda

Licenciada en Psicología con Maestría en Metodología de la Ciencia y estudios de Doctorado en Ciencias de la Educación, por la Universidad Autónoma de Coahuila. Certificada en Buenas Prácticas Clínicas por Sanofi-Aventis; y en diferentes escalas utilizadas en Estudios de Investigación Clínica para evaluar el deterioro cognitivo. Integrante del Comité de Ética del Hospital Universitario de la ciudad de Saltillo, Coahuila, avalado por COFEPRIS. Docente en la Facultad de Psicología de la UAdeC y encargada del Programa de Egresados de la misma Facultad y desde julio de 2008 se desempeña como Rater en ensayos clínicos de la enfermedad de Alzheimer a nivel internacional en el Hospital Universitario “Gonzalo Valdés Valdés”. Integrante del Comité de Investigación y Evaluación de la Red Regional Noreste de Tutorías.

Reyes Zapata José Mario

Alumno de octavo semestre de la licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Colaborador del departamento de Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología y colaborador del Cuerpo académico Psicología y Educación.

Rivera Morales María Teresa

Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora Investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Perteneciente a la Red de Salud y Educación. Es miembro candidato del Sistema Nacional de Investigadores e investigadora honorífica en el Sistema Estatal de Investigadores de Coahuila. Líder del Cuerpo académico Psicología y Educación. La línea de investigación en que desarrolla su función laboral es: Análisis de los procesos psicológicos involucrados en la educación.

Rodríguez Espinoza Francisca

Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Rodríguez-Santamaría Yari

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo e Investigadora de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Perfil Deseable (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Nivel 1. Líder del Cuerpo Académico Salud Comunitaria. LGAC: Cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad.

Rojas Aboite Cristian Yovany

Doctor en Ciencias de la Cultura Física, forma parte del SNII Nivel candidato desde el año 2024, Perfil Deseable de PRODEP desde el 2023. Actualmente es Profesor de Tiempo Completo en la UAdeO

Unidad Regional Guasave desempeñando funciones de docencia e investigación.

Rosas Hernández Luisa Carolina

Dra. en Ciencias Luisa Carolina Rosas-Hernández, Investigadora Nacional Nivel 1 (área XIX, SECIHTI) y docente en la Escuela de Ciencias de la Salud. Mi línea de investigación abarca eficiencia hospitalaria, mejora de procesos, educación en salud e inteligencia artificial aplicada. Presido la ReMIEIE y soy árbitro evaluador en DYNA (España) y LAJAE (México). He publicado en revistas indexadas sobre innovación educativa y transformación digital. Además, estoy certificada por CONOCER en cuatro estándares de competencia vinculados con docencia y evaluación.

Ruiz-Lara Anahí

Doctora en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas. Enfermera docente e investigadora, es profesora de tiempo completo y coordinadora de la licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Coahuila. Así como, integrante del cuerpo académico “Investigación Educativa en Enfermería y Salud” en la Facultad de Enfermería Unidad Sureste de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Salas-García Alejandra Denise

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Estudiante de Verano PROVERICYT. Prestador de Servicio Social de la Licenciatura de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Asistente de investigación en la Secretaría de Doctorado de la Facultad de Enfermería.

Sánchez López Lucrecia

Doctorado en Bioética por el Instituto de Investigaciones en Bioética. Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León; Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas; Especialización en Enfermería Quirúrgica y Admi-

nistración de los Servicios de Enfermería. Profesor de Horario Libre en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo; Coordinadora del Programa de Tutorías de la FENL. Certificación de Calidad por COMCE (2022-2027).

Sierra Rojas Itzel Sarahí

Maestra en Enfermería. Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos, docente e investigadora. Profesor de Horario Libre de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro activo de la Sociedad Honorífica Internacional de Enfermería Sigma Theta Tau. Desempeño en líneas de investigación enfocadas al cuidado de las personas mayores y el desarrollo innovador de las tecnologías para mejorar la función cognitiva.

Talamantes Pitones Marlent Karen

Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Sus áreas de interés se enfocan en la investigación, el cuidado directo al paciente y el desarrollo profesional en el campo clínico. Ha participado en un proyecto de investigación relacionado con la red de apoyo, aislamiento, soledad e inclusión digital en adultos mayores. Miembro del GREEFES, sede Nuevo Laredo.

Terrazas-Gutiérrez Iris Iliana

Profesora de Horario Libre de contrato. Universidad Autónoma de Tamaulipas Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Maestría en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado Salud comunitaria (UAT-CA-130) que cultiva la línea de investigación cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad.

Tlaczani Conde María Isabel

Licenciada y Maestra en Enfermería por la BUAP, con mención honorífica Cum Laudem. Docente de nivel superior, enfermera con experiencia en salud comunitaria y atención familiar. Con participación

en proyectos de investigación, estancias académicas internacionales y diversas estrategias de educación para la salud. Destacando por habilidades en liderazgo, comunicación, trabajo colaborativo y gestión de grupos.

Erika Adriana Torres Hernández

Profesora Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Doctora en Enfermería, por la Universidad de Antioquia, Colombia. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

Torres Soto Nissa Yaing

Licenciada en Psicología Social Comunitaria por la Universidad Autónoma Indígena de México, Maestra en Innovación Educativa y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Sonora, ambos programas pertenecientes al Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC), además de Doctora en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas (UNICLA). Actualmente se desempeña como Profesora Investigadora de Carrera en el Departamento de Ciencias Médicas de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, donde también funge como Secretaria Técnica de Investigación y Extensión (STIE). Es integrante del Cuerpo Académico Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente y ha liderado proyectos de investigación nacionales e internacionales con financiamiento. Sus líneas de investigación incluyen ambientes positivos, salud mental y educación, salud familiar y bienestar, autocuidado, salud y grupos vulnerables. Ha participado en múltiples conferencias nacionales e internacionales, y cuenta con más de cuarenta publicaciones en revistas indexadas y arbitradas, capítulos de libro y memorias de investigación. Ha organizado diversos eventos académicos y dirigido tesis de licenciatura, maestría y doctorado en distintas instituciones. Posee perfil PRODEP, es miembro del Sistema Estatal de Investigadoras e Investigadores Nivel Honorífico y miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (Nivel I).

Tuz-Colli Jorge Gabriel

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Campeche, Especialista en Enfermería en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, Maestro en Ciencias de enfermería y Doctorante en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Coordinador de Enfermería del primer nivel de atención en la Secretaría de Salud del estado de Campeche y docente en pregrado y posgrado en la Universidad Autónoma de Campeche.

Vargas Hinojosa Marisol

Pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Vásquez Guajardo Luis Gerardo

Doctorante en psicología de la salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Máster en Enfermería y Licenciado Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Escuela de Psicología y Enfermería Unidad Norte en la Universidad Autónoma de Coahuila. Coordinador del departamento de vinculación en la Escuela de Psicología y Enfermería.

Vega López Jorge Alfredo

Candidato a Maestría en Administración de instituciones de Salud por el Instituto de Estudios Universitarios de Puebla, licenciatura en enfermería por la UABC, Curso Intensivo de vacunación y sus políticas por la Universidad de Florida, coordinador del Programa de Vacunación Universal y salud comunitaria de ISSSTE en el Estado de B.C. miembro del Consejo Estatal de Vacunación en BC.

Villa Rueda Alma Angélica

Profesora-Investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Baja California. Líder del cuerpo académico en consolidación CA-UABC-355 Atención y Cuidado Multidisciplinario. Líder

del proyecto de Secihti de Investigación Humanística IH-2025-G-154 “Acceso a servicios de salud de mujeres trans en la frontera norte de México”. Integrante de la Red Latinoamericana Interdisciplinaria de Género de la Universidad de Yale y UNAM. LGAC: salud y el género con enfoque en conductas y procesos sociales-comunitarios. Consultora externa del INMUJERES Baja California para las metas del FOBAM 2022 y 2023 en la capacitación de funcionariado público, GEPEA, GMPEA-Tijuana, GMPEA-San Quintín y FGEBC para el acceso a aborto y atención de casos de niñas menores de 15 años embarazadas. Integrante del SNII nivel 1 y cuenta con perfil PRODEP.

Villegas Pantoja Miguel Ángel

Profesor e investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro de Nivel I del SECIHTI. Licenciado en Enfermería y Magíster por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Director de Tesis de Licenciatura, Maestría y Doctorado. Miembro Activo del Capítulo Tau Alpha de Sigma. Ganador del premio “Emerging Nurse Researcher Award 2019” por el impacto de su investigación en Enfermería como investigador joven de Sigma.

Zúñiga Vargas Martha Lilia

Profesora de Tiempo Completo con perfil deseable (PRODEP). Universidad Autónoma de Tamaulipas Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Doctorado en Educación Internacional de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Integrante del Cuerpo Académico Consolidado Salud comunitaria (UAT-CA-130) que cultiva la línea de investigación cuidado integral de salud al individuo, familia y comunidad. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras Candidato.

**SALUD Y GRUPOS VULNERABLES:
UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR**

se terminó de imprimir en offset
en papel bond ahuesado de 75 gms. y para
forros en papel couché de 300 gms.
en los talleres de Grupo Editorial Biblioteca, SA de CV.
el mes de diciembre de 2025.

Diseño y formación:
Fernando Bouzas Suarez

Salud y Grupos Vulnerables: Un Abordaje Multidisciplinar reúne investigaciones desarrolladas por equipos de distintas universidades del país, con el propósito de ayudar a comprender la complejidad de mejorar las condiciones de vida de las personas que viven en situación de vulnerabilidad. El texto plantea que estos grupos, en México y en el mundo, enfrentan mayores riesgos de daño, discriminación y falta de oportunidades debido a características sociales, económicas o físicas.

Se subraya que la atención a los grupos vulnerables sigue siendo una tarea pendiente en México por múltiples factores, entre ellos la forma en que la sociedad percibe esta condición: con frecuencia no se reconoce como un riesgo serio para la calidad de vida y, en algunos casos, se generan estigmas y aislamiento que fortalecen visiones negativas. Aunque se reconoce que la responsabilidad principal recae en el Estado, se enfatiza que la ciudadanía informada también debe participar en la formulación de programas y estrategias de atención.

El libro propone que el enfoque multidisciplinario ofrece herramientas clave para entender mejor las realidades y necesidades específicas de estas poblaciones, especialmente para estudiantes en formación y personal de salud. A lo largo de la lectura se presentan temas variados y seleccionados que orientan o refuerzan conocimientos para diseñar intervenciones de salud más cercanas a la realidad de vida de estas personas, promoviendo empatía, atención pertinente y participación en espacios de planeación. El autor cierra agradeciendo la oportunidad de presentar la obra e invitando a leerla, con la expectativa de que transformará la perspectiva sobre los llamados “grupos vulnerables”.

