



INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN SALUD

COORDINADORES:

DR. MANUEL ANTONIO LÓPEZ CISNEROS

DRA. VERÓNICA GUZMÁN RAMÍREZ

DRA. ROSA MARÍA CERÓN BRETÓN



LA BIBLIOTECA

**INVESTIGACIÓN
MULTIDISCIPLINARIA
EN SALUD**

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN SALUD

Coordinadores:

Dr. Manuel Antonio López Cisneros

Dra. Verónica Guzmán Ramírez

Dra. Rosa María Cerón Bretón



LA BIBLIOTECA

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN SALUD

Coordinadores:

Dr. Manuel Antonio López Cisneros

Dra. Verónica Guzmán Ramírez

Dra. Rosa María Cerón Bretón

Primera edición: marzo, 2026

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: 978-607-5927-98-5

DOI: <http://doi.org/10.59760/5927985>

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

INDICE

PRÓLOGO	9
-------------------	---

APARTADO I SERVICIOS DE SALUD

Capítulo 1	
Discriminación por peso y estatura en servicios de salud, espacios públicos y laborales en México	13
<i>Adiel Agama-Sarabia</i>	
<i>Edgar Omar Vázquez-Puente</i>	
<i>Gabriela Trejo-Niño</i>	
<i>Karina García-Rangel</i>	

Capítulo 2	
Acceso a servicios de salud de trabajadores formales e informales: El caso de Ciudad del Carmen, Campeche	27
<i>David Martínez-Luis</i>	
<i>Alberto Pérez-Fernández</i>	
<i>Ignacio Caamal-Cauich</i>	
<i>Ernestina Yazmín Pérez-Rodríguez</i>	

Capítulo 3	
Prevalencia de covid-19 en un módulo municipal de salud en Ciudad del Carmen, Campeche	45
<i>Juan Lázaro González-Narváez</i>	
<i>Lorena Zaleta-Morales</i>	
<i>Alba Guadalupe Hernández-García</i>	
<i>María Verónica Matus-Collí</i>	

Capítulo 4	
Prevalencia de miomatosis y adenomiosis en pacientes histerectomizadas de una institución del sector público	65
<i>Jose Manuel Rosales-Organista</i>	
<i>María Verónica Juárez-López</i>	
<i>Manuel Antonio López-Cisneros</i>	

Capítulo 5

Lesiones cutaneas en pacientes pediátricos durante la hospitalización.83

Annel González-Vázquez
Josefina Sarai Candia-Arredondo
Julia Lizeth Villareal-Mata
Linda Daniela Mendoza-Padrón

APARTADO II
SALUD LABORAL

Capítulo 6

Violencia como patología social: características de un cerebro violento en el entorno laboral.99

Alba Guadalupe Hernández-García
Sergio Evanny Castellanos-Zarate
Martha Alicia Lara-Heredia
Ajelet Sahar Pineda-Gómez

Capítulo 7

Consumo de drogas y conocimiento de los modelos preventivos de consumo de sustancias psicoactivas en docentes de secundaria 119

Flor Andrea Sánchez-Izaquirre
Carlos Reyes-Sánchez
Ana Gabriel Hernández-García
Perla Martínez-Aguilera

Capítulo 8

El sentir del hostigamiento laboral y los efectos neurológicos en la victima 133

Martha Alicia Lara-Heredia
Pamela del Jesús Jiménez-Vallejo
Guadalupe Melisa Santiago-Pérez
Nicolas Antonio Ramos-Leyva

APARTADO III ASPECTOS NUTRICIONALES

Capítulo 9
Análisis comparativo de la percepción corporal y el diagnóstico nutricional entre personal de seguridad y custodia en instituciones penitenciarias del estado de México 155
Alejandra Karina Pérez-Jaimes
César Uziel Estrada-Reyes
Juan Pablo Sánchez-Domínguez
Ángel Esteban Torres-Zapata

Capítulo 10
Predictores de prácticas parentales de alimentación infantil en lactantes menores de 24 meses del noreste de México . . . 169
Iris Nayeli Pérez-García
Yolanda Flores-Peña
Claudia Pérez-García
Edgar Omar Vázquez-Puente

Capítulo 11
Desarrollo y análisis de una galleta nutritiva para escolares: explorando la utilización de harina de trigo y harina no convencional de chaya 183
Juan Eduardo Moguel-Ceballos
Addy Leticia Zarza-García
Ángel Esteban Torres-Zapata
Teresa del Jesús Brito-Cruz
Rodrigo José Arguelles-Cámara

APARTADO IV REVISIONES SISTEMÁTICAS

Capítulo 12
Atributos del concepto estigma del peso: una revisión de alcance 199
Adiel Agama-Sarabia
Yolanda Flores-Peña

Capítulo 13

El papel de la percepción corporal en el autocuidado
de los adultos mayores con diabetes tipo 2:
una revisión integrativa. 217

Tania Huerta-Chan
Isaí Arturo Medina-Fernández
Reyna Torres-Obregón
Josué Arturo Medina-Fernández

Capítulo 14

Mindfulness y estrés en personas privadas
de la libertad: Revisión sistemática 229

Yadira Mateo-Crisóstomo
Herlinda Aguilar-Zavala
Nora Angélica Armendáriz-García
Griselda Hernández-García

Capítulo 15

Métodos de medición de tenofovir para predecir
adherencia a profilaxis pre-exposición en adultos
jóvenes: Revisión sistemática 247

Alfonso Cárdenas-Vargas
Jacqueline Aimee González-Barrientos
Cecilia Sánchez-Olvera
Citlali Itzel Velázquez-Alvarado

Capítulo 16

Eficacia de las Intervenciones psicológicas y no
farmacológicas en la reducción del craving por
sustancias psicoactivas: Revisión sistemática 267

Julia Lizeth Villarreal-Mata
José Luis Álvarez-Watson
Eduardo Daniel Coronado-Domínguez
Nora Angélica Armendáriz-García

PRÓLOGO

El libro “Investigación Multidisciplinaria en Salud” busca presentar y difundir los resultados de diversos trabajos de investigación desarrollados desde la práctica de las disciplinas del área de la salud, integrando enfoques comunitarios, clínicos y académicos. Esta obra surge de la necesidad de fortalecer la producción científica en salud y de visibilizar el papel fundamental de la investigación como eje para la mejora continua de la atención y la toma de decisiones basadas en evidencia.

La obra se organiza en cuatro apartados: servicios de salud, salud laboral, aspectos nutricionales y revisiones sistemáticas, que reflejan la diversidad de problemáticas que enfrenta el sistema de salud y la complejidad de los procesos de atención desde una perspectiva multidisciplinaria. Cada capítulo ha sido desarrollado por investigadores con amplia experiencia en los temas abordados, quienes analizan situaciones reales y relevantes del contexto sanitario actual.

En el apartado de servicios de salud se describen diversas problemáticas que permiten comprender el panorama de la atención brindada en diferentes escenarios, así como la prevalencia de patologías que inciden significativamente en la calidad de vida de los pacientes. Estos trabajos aportan elementos clave para la reflexión crítica sobre la práctica profesional y la optimización de los procesos asistenciales.

Por su parte, el apartado de salud laboral aborda las situaciones de violencia en el ámbito laboral y sus efectos en las personas que las padecen. Se evidencia que este fenómeno no solo afecta el desempeño laboral, sino que también tiene repercusiones físicas, emocionales y mentales en los trabajadores. En este sentido, se subraya la importancia de evaluar, prevenir y corregir estas situaciones mediante la implementación de protocolos y estrategias institucionales que promuevan entornos laborales seguros y saludables.

El apartado dedicado a los aspectos nutricionales analiza diferentes etapas del ciclo vital con el objetivo de contribuir a dismi-

nuir la elevada incidencia de sobrepeso y obesidad en el país. Estas condiciones, estrechamente relacionadas con enfermedades crónicas degenerativas, representan uno de los principales retos de salud pública y afectan directamente la calidad de vida y la expectativa de vida de la población.

Finalmente, en el apartado de revisiones sistemáticas, se presenta un análisis riguroso de la evidencia científica relacionada con el peso corporal, la percepción de la imagen corporal, el mindfulness, el estrés y la adherencia al tratamiento, así como de diversas intervenciones orientadas a reducir el craving. Estos trabajos permiten identificar el estado del arte en cada temática y ofrecen una base sólida para el diseño y desarrollo de intervenciones que impacten positivamente en los procesos de salud-enfermedad.

En conjunto, esta obra constituye un aporte significativo al campo de la investigación en salud, al integrar conocimientos teóricos y prácticos que fortalecen la labor de los profesionales y fomentan una atención más humana, crítica y fundamentada en evidencia científica.

DRA. VERÓNICA GUZMÁN RAMÍREZ
Profesor de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Tamaulipas

APARTADO 1
SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO 1

DISCRIMINACIÓN POR PESO Y ESTATURA EN SERVICIOS DE SALUD, ESPACIOS PÚBLICOS Y LABORALES EN MÉXICO

***ADIEL AGAMA-SARABIA**

Doctor en Ciencias de Enfermería

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

e-mail: adiel.agama@zaragoza.unam.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3479-1595>

EDGAR OMAR VÁZQUEZ-PUENTE

Doctor en Ciencias de Enfermería

Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México

e-mail: omar_j77@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8859-1436>

GABRIELA TREJO-NIÑO

Doctora en Gestión de Instituciones Educativas Innovadoras

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

e-mail: gabrielatrejoni@zaragoza.unam.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6825-9356>

KARINA GARCÍA-RANGEL

Doctora en Gestión de Instituciones Educativas Innovadoras

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

e-mail: garcia.rangel@zaragoza.unam.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9414-7382>

*Autor de Correspondencia

Resumen

Introducción: La discriminación por peso es un problema socialmente aceptado que afecta al 30% de la población con sobrepeso a nivel mundial y en México a más del 60% de las personas con obesidad, este tipo de discriminación puede impactar en la atención de salud que reciben las personas, el acceso a espacios públicos y menores oportunidades laborales. El objetivo fue analizar la per-

cepción de discriminación por peso y estatura y su relación con el acceso a servicios de salud, trabajo y espacios públicos. **Metodología:** Se utilizó la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS 2017), con una muestra de 39101 viviendas que representan a 84 millones personas. Para detectar la percepción de discriminación por peso y estatura se empleó una pregunta única. Se utilizaron ponderadores muestrales, se realizó análisis bivariado y regresión logística. Los modelos de regresión fueron ajustados por variables sociodemográficas y otras fuentes de discriminación. **Resultados:** La percepción de ser discriminado por peso o estatura es del 6% en población general. En la regresión logística se observó que la percepción de discriminación por peso y estatura incrementa la probabilidad de no recibir acceso a la salud y a no tener acceso a espacios públicos en la población general, mujeres y adultos mayores; e incrementa la posibilidad de no tener acceso a trabajo en mujeres y adolescentes. **Conclusiones:** La discriminación por peso requiere mayor estudio tiene alta prevalencia en comparación con otras de fuentes de discriminación, además de afectar distintos niveles de vulnerabilidad en grupos ya vulnerados como los adultos mayores, mujeres y adolescentes.

Palabras clave: Discriminación Percibida, Prejuicio de Peso, Marco Interseccional y Políticas Públicas de no Discriminación

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sobrepeso y obesidad (SP-OB) se han convertido en un problema de salud a nivel mundial. Datos recientes muestran que la prevalencia de esta condición en el grupo de hombres y mujeres mayores de 20 años supera el 30%. (NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Particularmente en México esta cifra alcanzaría el 69.4% (Rivera et al., 2018).

La discriminación afecta la salud mental y física de este grupo, perjudica sus relaciones sociales, conductas en salud y oportunidades laborales (Major et al., 2018). La prevalencia de este fenómeno varía de entre 4,9-10,3% en la población general y puede alcanzar el 39,8% en personas con obesidad (Puhl et al., 2008).

La discriminación por causa del SP-OB es el resultado del estigma del peso, el cual constituye un proceso dónde los estereoti-

pos negativos y los prejuicios asociados a esta condición generan actitudes y conductas discriminantes hacia las personas con SP-OB (Pearl et al., 2018; Puhl et al., 2008; Rubino et al., 2020). Estas actitudes discriminantes hacia las personas con SP-OB se pueden observar en empleadores, compañeros de trabajo, pareja, amigos, familiares y personal de salud (e.g., médicos, enfermeras, psicólogos y estudiantes del área de la salud) (Major et al., 2018; Puhl et al., 2008; Rubino et al., 2020). Desde este punto de vista las personas podrían experimentar estigma asociado al peso tanto en el contexto social, laboral como sanitario. Esta experiencia, además de producir un estrés mantenido en las personas que son víctimas de este fenómeno podría perjudicar sus relaciones sociales, restringir su acceso a servicios de salud e impactar negativamente su situación socioeconómico (Major et al., 2018). Todos estos aspectos afectan negativamente la salud de este grupo.

El estigma del peso podría afectar de forma diferenciada a ciertos grupos sociales como mujeres, adolescentes y adultos mayores. En el caso de las mujeres, Puhl señala que la percepción de discriminación en mujeres debido su peso en población general sería del 10.3% mientras que en hombres alcanzaría el 4.9% (Puhl et al., 2008). En adolescentes entre un 19,8% y un 25% habrían experimentado discriminación debido a su peso (Bucchianeri et al., 2016). En adultos mayores la evidencia es más escasa, sin embargo, en un estudio poblacional con adultos de 50 años o más sugirió que el 4,9% experimentaría discriminación asociada al peso (Jackson & Steptoe., 2017).

La investigación sobre discriminación por SP-OB es limitada en México. La evidencia proveniente de estudios internacionales que han incluido población local muestra que la prevalencia de discriminación por SP-OB sería más alta que en Estados Unidos, Nueva Zelanda o el Reino Unido, países en los cuales se ha concentrado la investigación en este tema (Brewis et al., 208). Esto releva la importancia de abordar la percepción de estigma asociada al SP-OB a nivel local. En el año 2017 México realizó la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS 2017) cuyo objetivo era evaluar a nivel poblacional la experiencia de discriminación en diferentes grupos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018). Esta encuesta ofrece una oportunidad relevante para abordar esta temática. A partir de estos datos, este trabajo pretende analizar la prevalencia

de la percepción discriminación asociada al peso y talla su relación con la experiencia de tratos inequitativos en diferentes contextos (e.g., salud, trabajo y espacios públicos) tanto en población general como al interior de ciertos grupos relevantes como mujeres, jóvenes y adultos mayores.

Metodología

Este trabajo empleó datos de la ENADIS 2017. Esta encuesta cuenta con una muestra de 39 101 viviendas que representan a 84 008 180 personas. Está constituida por dos cuestionarios y un cuadernillo de ocho módulos sobre discriminación en grupos específicos. Cada módulo busca captar la opinión de los participantes sobre aspectos de discriminación, así como sus experiencias en los últimos cinco años y en los últimos 12 meses. En este estudio se emplearon los cuadernillos de módulos para personas adultas mayores, adolescentes y jóvenes, mujeres y de experiencias de discriminación.

Se empleó una pregunta única *en los últimos doce meses, ¿ha sido discriminado(a) o menospreciado(a) por su peso o estatura?* Con opción de respuesta dicotómica (sí/no). Esta pregunta estaba disponible tanto para la población general como para los subgrupos de adultos mayores, adolescentes y mujeres. Si bien, esta pregunta incluye discriminación por peso y estatura de forma simultánea, lo cual introduciría una ambigüedad en la medición, preguntas de este tipo han sido utilizadas como proxy de percepción de discriminación por peso en estudios previos con muestras poblacionales (Puhl et al., 2020; Robinson et al., 2017; Sutin et al., 2015).

Para medir la percepción de trato inequitativo en servicios de salud, espacios públicos y trabajo se emplearon tres preguntas presentes en ENADIS 2017: *en los últimos cinco años ¿le han negado injustificadamente la atención médica o medicamentos?, en los últimos cinco años ¿le han negado injustificadamente la entrada o permanencia en algún negocio, centro comercial o banco?, en los últimos cinco años ¿le han negado injustificadamente la oportunidad de trabajar u obtener un ascenso?* Cada una de ellas con opciones de respuesta dicotómicas (sí y no).

La pregunta sobre trato inequitativo en el trabajo en la población general se utilizó una pregunta distinta para tratos inequitativos en el trabajo debido a que la encuesta no aplica la misma pre-

gunta que en el caso de los subgrupos. En este caso la pregunta fue en *los últimos cinco años ¿buscó empleo y se lo negaron?* Con opción de respuesta dicotómica (sí y no).

Como variables de ajuste se utilizaron las variables sociodemográficas de estrato social, sexo y grupo etario. Además, debido a que se ha sugerido que las personas con identidades marginalizadas presentan dificultades al momento de identificar causas específicas por las cuales han sido discriminados se incluyeron como variables de ajuste otras fuentes de discriminación comunes como el tono de piel, la clase social, la edad y la preferencia sexual (Harnois et al., 2020). Para ello se seleccionaron 5 preguntas correspondientes a cada fuente de discriminación todas redactadas de la misma manera *en los últimos doce meses, ¿ha sido discriminado(a) o menospreciado(a) por su...?* seguida de la categoría específica (tono de piel, clase social, preferencia sexual, edad). Cada una con opción de respuesta dicotómica (sí y no).

Para analizar la relación cruda entre la percepción de trato inequitativo en salud, espacios públicos y trabajo y la percepción de discriminación por peso o estatura se empleó prueba de chi cuadrado. Posteriormente, para explorar estas relaciones ajustadas por covariables, tanto en la población general como al interior de los tres subgrupos de interés, se realizó análisis de regresión logística. Estos modelos de regresión fueron ajustados por variables sociodemográficas, así como por la percepción de otras fuentes de discriminación. En todos los casos se estimaron *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza al 95%. Debido a que ENADIS 2017 es una encuesta con representación nacional, en todos los análisis se utilizaron ponderadores muestrales. El análisis de datos se llevó a cabo en SPSS V.25

Resultados

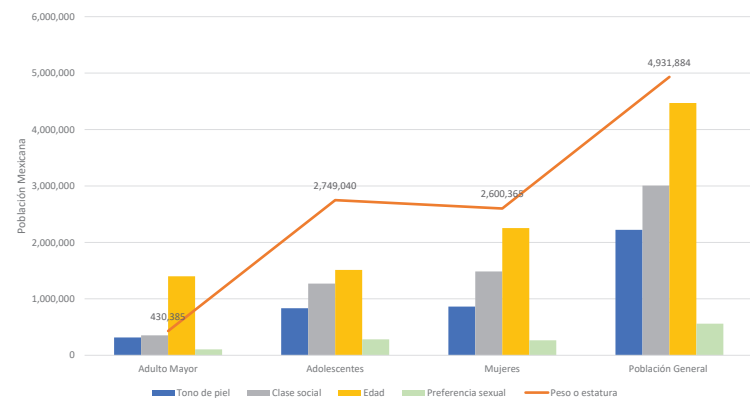
La población general representa a 84.008.180 de personas, de los cuales las mujeres corresponden al 53%, con respecto al estrato el 51% es medio bajo, con relación al tipo de población el 51% provienen de comunidades de >100 mil habitantes. La edad promedio de la población es de 42,1 SD 0,2 años y por grupo de edad, el 28% corresponde al adulto joven, el 54% son adultos y el 18% son adultos mayores.

El peso o estatura representa la primera causa de discriminación en la población general con el 6%, lo cual corresponde a 4.931.884

personas. Se destaca que la discriminación por peso o estatura también se encuentra en el primer lugar en el subgrupo de adolescentes (7,4%) y en el de mujeres (6%); únicamente en el grupo de adultos mayores el peso o estatura (3%) se ubica en segundo lugar después de la edad (10%) Figura 1.

Figura 1.

Percepción de discriminación por grupos



En el análisis bivariado, se observó en la población general quienes reportaron discriminación por peso o estatura mostraron más riesgo de percepción de trato inequitativo en espacios públicos (OR 6,59, IC95% 3,904-11,139), acceso a servicios de salud (OR 3,38, IC95% 2,601-4,414) y en el contexto laboral (OR 2,28, IC95% 1,757-2,96) que quienes no reportaron sentirse discriminados por esta razón. En el análisis por subgrupos se detectaron variaciones relevantes en la magnitud de esta asociación. Particularmente en el grupo de adultos mayores la percepción de discriminación se asoció a una mayor percepción de trato inequitativo en espacios públicos (OR 11,52, IC95% 4,545-29,223) y en el contexto sanitario (OR 4,22, IC95% 2,658-6,722) comparado con el grupo de mujeres y jóvenes en donde este efecto fue de menor magnitud. En el caso de la percepción de trato inequitativo en el contexto laboral, las mujeres presentaron la razón de riesgo más elevada de los tres grupos (OR 3,72, IC95% 2,951-4,7) (Cuadro I).

Cuadro 1.
Discriminación por peso o estatura y acceso a la salud, espacio público y ámbito laboral

Variable	Adulto Mayor		Adolescentes		Mujeres		P. General		Odds Ratio (IC 95%)	Discriminación por peso	Odds Ratio (IC 95%)	
	Si (n)	No(n)	Si (n)	No (n)	Si (n)	No(n)	Si (n)	No (n)				
Acceso negado a atención de salud o medicamentos												
Si	125 558	1 201 023	4.22 (2.658-6.722)	249 038	1 878 698	1.73 (1.392-2.169)	613 626	3 827 535	2.95 (2.379-3.666)	1 251 386	7 143 984	3.38 (2.601-4.417)
No	292 501	11 826 561		2 400 699	31 464 916		1 957 174	36053 470		3 598 247	69 623 569	
Acceso negado a espacios públicos o negocios												
Si	25 081	72 662	11.52 (4.545-29.223)	106 791	504 295	2.72 (1.747-4.250)	71 623	243 233	4.70 (3.012-7.360)	350 138	905 044	6.59 (3.904-11.139)
No	380 526	12 705 160		2 573 725	33 113 344		2 470 711	39507 399		4 486 312	76 475 617	
Acceso negado a un trabajo o ascenso laboral												
Si	54 571	762 718	2.18 (1.153-4.139)	212 695	1 122 670	3.11 (2.310-4.210)	418 439	1 743 935	3.72 (2.951-4.700)	1 051 484	7 385 286	2.281 (1.757-2.960)
No	202 214	6 174 854		1 027 463	16 912 388		1 670 519	25930 984		1 997 732	32 000 731	

OR con IC95%. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS 2017) de 39 101 viviendas que representan a 84 008 180 personas. INEGI, ENADIS 2017

Discusión

La experiencia de discriminación por peso o talla se asoció significativamente a la percepción de tratos inequitativos en salud, trabajo y espacios públicos, incluso luego de controlar por otras fuentes de discriminación y variables sociodemográficas. Sin embargo, la magnitud de esta asociación mostró diferencias al analizar los subgrupos seleccionados (mujeres, adultos mayores y jóvenes). Tanto en salud como en espacios públicos la percepción de discriminación por peso o estatura se asoció a mayor percepción de trato inequitativo en adultos mayores y mujeres, siendo más afectados los primeros, mientras que en adolescentes no se observó una asociación significativa. En cambio, en el contexto laboral los adolescentes serían los más afectados por la discriminación por peso o estatura, luego seguirán las mujeres, mientras que en los adultos mayores este tipo de discriminación no mostró asociación significativa.

Respecto de la prevalencia de percepción de discriminación en población general mexicana, es similar a lo reportado previamente en población general en Estados Unidos que se encuentra entre 4,9% y 10% (Puhl et al., 2008). Pese a esto nuestros hallazgos sitúan al peso y estatura como la principal fuente discriminación en comparación con el tono de piel, la clase social y la preferencia sexual, las cuales han sido señaladas como frecuentes no solo en México sino también en otros países de América Latina (Villatoro, 2021). En el análisis de subgrupos en todos los casos se registraron cifras menores a lo reportado en estudios previos (Bucchianeri et al., 2016; Jackson & Steptoe, 2017). Una posible explicación a estas diferencias podría encontrarse en la forma en que ha sido medida la percepción de estigma asociada al peso. Nuestra medición es similar a la empleada por Puhl en población general (Puhl et al., 2008), mientras en adultos mayores empleó una medición que incluía varias preguntas y una escala de respuesta tipo Likert (Jackson & Steptoe, 2017), y en adolescentes se enfocaron en bullying (Bucchianeri et al., 2016). Si bien, todas estas son posibles aproximaciones a la percepción de discriminación por peso podrían no ser enteramente comparables.

Concordante con nuestros resultados el contexto sanitario ha sido referido como una fuente relevante de discriminación asociada al SP-OB (Gupta et al., 2020). Esto podría limitar el acceso a ser-

vicios de salud y medicamentos en quienes son víctimas de este fenómeno. Recientemente la evidencia ha mostrado que las personas que experimentan discriminación por motivo de su peso por parte del personal de salud tienden a dejar de asistir a los servicios de salud, generan desconfianza en el personal y cambian frecuentemente de médico en busca de un espacio y una persona que no los haga sentirse juzgados (Phelan et al., 2021).

En el ambiente laboral, se han identificado creencias negativas sobre el desempeño de las personas con SP-OB a quienes se les considera menos competentes, con pobres habilidades de interrelación, falta de disciplina y motivación. Esto podría limitar las posibilidades de las personas con SP-OB de ser contratados o promovidos (Giel et al., 2010). Esta falta de oportunidades laborales podría perjudicar la condición socioeconómica de este grupo, lo cual es un reconocido determinante social de la salud (Braveman & Gottlieb, 2014).

En los espacios públicos también se han reportado actitudes discriminantes asociadas al SP-OB, un estudio realizado en Estados Unidos mostró que un tercio de las personas con sobrepeso u obesidad son discriminadas y estigmatizadas en espacios públicos, recibiendo insultos o sobrenombres por su peso, así como una mala atención en restaurantes y tiendas (Pearl et al., 2018). La discriminación asociada al peso también puede estar presente en las relaciones de pareja (Schmidt et al., 2022), amistad y relaciones familiares (Himmelstein & Puhl, 2019). En conjunto esta evidencia, sugiere que la percepción de discriminación asociada al peso podría limitar las relaciones sociales y favorecer el aislamiento, factores que se han asociado con problemas de salud e incluso mayor mortalidad (Holt-Lunstad & Steptoe, 2022).

A la presencia de actitudes discriminantes hacia las personas con SP-OB (Stewart & Ogden, 2021), se suman otros factores que pueden afectar la percepción de estigma en los contextos analizados. Uno de estos factores es el grado en que las personas se apropian de los estereotipos negativos que existen hacia el SP-OB y los internalizan (Bidstrup et al., 2022). Si bien, este proceso podría estar influido por experiencias previas de estigmatización, también podría surgir en ausencia de ellas (Major et al., 2018). En la medida que las personas internalizan el estigma pueden adquirir conductas más

evitativas destinadas a eludir posibles situaciones estigmatizantes (Puhl et al., 2021).

Además, se vuelven más vigilantes ante posibles situaciones de discriminación e independientemente de la causa, tienden a atribuirles con mayor facilidad a su peso corporal, se sugiere que quienes saben que pertenecen a un grupo que es objeto de actitudes estigmatizantes o discriminatorias (Major et al., 2018), como es el caso del sobrepeso y obesidad, esperan ser discriminados por lo cual están más atentos a posibles indicios de ello en el ambiente y en sus relaciones sociales.

Además de mostrar que la experiencia de estigma vinculado al SP-OB se asocia a la experiencia de tratos inequitativos en diferentes contextos, se evidenció que existen diferencias relevantes en este aspecto tanto entre los subgrupos analizados como al comparar estos efectos con los observados en la población general. Por ejemplo, en el grupo de adultos mayores el riesgo de experimentar tratos inequitativos en espacios públicos atribuido a la discriminación por peso fue mucho mayor que en los adolescentes y mujeres y a su vez mayor que lo que se observó en la población general.

El estigma asociado al SP-OB no es la única fuente de discriminación a la que pueden estar expuestas las personas con SP-OB, ya que al mismo tiempo pueden pertenecer a otros grupos socialmente devaluados o estereotipados como los abordados en este estudio. Desde la perspectiva interseccional esta superposición de identidades (por ejemplo, tener SP-OB, ser mujer y adulto mayor), puede contribuir a empeorar aún más la salud de las personas con SP-OB (Bowleg, 2012; Scheim & Bauer, 2019) e incrementar su sensibilidad al rechazo (Nicolas, et al., 2017). Cuando las personas poseen múltiples identidades estigmatizadas reportan mayor número de situaciones de discriminación y mayores preocupaciones por ser estereotipados que aquellas que no son miembros de grupos estigmatizados o pertenecen a un número más reducido de ellos (Remedios & Snyder, 2018), esto podría ayudar a comprender algunos de nuestros resultados.

Este estudio representa una fuente de información relevante sobre el estado de la percepción de discriminación por peso o estatura dentro de la población mexicana tanto en diferentes contextos sociales como al interior de subgrupos considerados como vulnerables. Estos resultados pueden contribuir a la generación de inicia-

tivas que ayuden a disminuir el estigma, prejuicio y discriminación hacia las personas con sobrepeso y obesidad. Algunas estrategias en este sentido podrían ser proporcionar capacitación al personal de salud sobre actitudes estigmatizantes o discriminatorias hacia personas con sobrepeso y obesidad, trabajar sobre las regulaciones de discriminación en espacios públicos, así como mejorar la manera en la que se aborda la problemática del sobrepeso y obesidad en los medios de comunicación para evitar la utilización de imágenes este-reotipadas que promueven actitudes discriminatorias (Pearl, 2018).

Referencias

- Batterham, R. L., Hans-Rudolph, B., & Boza, C., et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*, 26(4),485–97. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Bidstrup, H., Brennan, L., Kaufmann, L., & de la Piedad Garcia, X. (2022). Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes*, 46(1),1-9. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00982-4>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2),19. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Brewis, A., SturtzSreetharan, C., & Wutich, A. (2018). Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health*, 14(1),1–6. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0337-x>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*, 102(7),1267–73. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Bucchianeri, M. M., Gower, A. L., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2016). Youth experiences with multiple types of prejudice-based harassment. *J Adolesc*, 51, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.012>

- Giel, K. E., Thiel, A., Teufel, M., Mayer, J., & Zipfel, S. (2010). Weight bias in work settings – a qualitative review. *Obes Facts*, 3(1),33. <https://doi.org/10.1159/000276992>
- Gupta, N., Bombak, A., Foroughi, I., & Riediger, N. (2020). Discrimination in the health care system among higher-weight adults: evidence from a Canadian national cross-sectional survey. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 40(11–12),329–35. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.11/12.01>
- Harnois, C. E., Bastos, J. L., Shariff-Marco, S. (2020). Intersectionality, contextual specificity, and everyday discrimination: Assessing the difficulty associated with identifying a main reason for discrimination among racial/ethnic minority respondents. *Sociological Methods & Research*, 51(3),983–1013. <https://doi.org/10.1177/0049124120914929>
- Himmelstein, M. S., & Puhl, R. M. (2019). Weight-based victimization from friends and family: implications for how adolescents cope with weight stigma. *Pediatr Obes*, 14(1),e12453. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12453>
- Holt-Lunstad, J., & Steptoe, A. (2022). Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. *Curr Opin Psychol*, 43:232–7. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.012>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. ENADIS*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2017/doc/enadis2017_diseno_conceptual.pdf
- Jackson, S. E., & Steptoe, A. (2017). Association between perceived weight discrimination and physical activity: a population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open*, 7(3),e014592. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014592>
- Major, B., Dovidio, J., & Link, B., editores (2018). *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. New York: Oxford University Press.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The*

- Lancet*, 390, (10113),2627–42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
- Nicolas, G., De la Fuente, M., & Fiske, S. T. (2017). Mind the overlap in multiple categorization: A review of crossed categorization, intersectionality, and multiracial perception. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(5),621–31. <https://doi.org/10.1177/1368430217708862>
- Pearl, R. L. (2018). Weight bias and stigma: Public health implications and structural solutions. *Soc Issues Policy Rev*, 12(1),146–82. <https://doi.org/10.1111/sipr.12043>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Tronieri, J. S., Chao, A. M., Alamuddin, N., & Berkowitz, R. I. (2018). Everyday discrimination in a racially diverse sample of patients with obesity. *Clin Obes*, 8(2),140. <https://doi.org/10.1111/cob.12235>
- Phelan, S. M., Bauer, K. W., Bradley, D., Bradley, S. M., Haller, I. V., Mundi, M. S., Rutten, F. L., Schroeder, D. R., Fischer, K., Croghan, I. (2021). A model of weight-based stigma in health care and utilization outcomes: Evidence from the learning health systems network. *Obes Sci Pract*, 8(2),139–46. <https://doi.org/10.1002/osp4.553>
- Pinkasavage, E., & Berkowitz, R. I. (2018). Sociocultural and familial factors associated with weight bias internalization. *Obes Facts*, 11(2),157–64. <https://doi.org/10.1159/000488534>
- Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D., (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes*, 32(6),992–1000. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.22>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol*, 75(2),274–89. <https://doi.org/10.1037/amp0000538>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*, 16.(6), e0251566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- Remedios, J. D., & Snyder, S. H. (2018). Intersectional oppression: Multiple stigmatized identities and perceptions of invisibility, discrimination, and stereotyping. *Journal of Social Issues*, 74(2),265–81. <https://doi.org/10.1111/josi.12268>

- Rivera, D. J., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., González, C.M., Aguilar, S. C., Hernández, L. G., & Barquera, S. (2018). *La obesidad en México: estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Robinson, E., Sutin, A., & Daly, M. (2017). Perceived weight discrimination mediates the prospective relation between obesity and depressive symptoms in U.S. and U.K. Adults. *Health Psychology*, 36(2),112. <https://doi.org/10.1037/hea0000426>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J.I., Nadglowski, J., Ramos, S. X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Pearl, R. L., Wadden, T. A., Shaw, T. J., Chao, A. M., Alamuddin, N., Bakizada, Z.M., Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight discrimination and risk of mortality. *Psychol Sci*, 26(11),1803. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>
- Schein, A. I., & Bauer, G. R. (2019). The intersectional discrimination index: Development and validation of measures of self-reported enacted and anticipated discrimination for intercategory analysis. *Soc Sci Med*, 226,225–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.016>
- Schmidt, A. M., Jubran, M., Salivar, E. G., & Brochu, P. M. (2022). Couples losing kinship: A systematic review of weight stigma in romantic relationships. *Journal of Social Issues*, 79,196–231. <https://doi.org/10.1111/josi.12542>
- Stewart, S. J. F., & Ogden, J. (2021). The role of social exposure in predicting weight bias and weight bias internalisation: an international study, 45(6),1259–70. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00791-9>
- Villatoro P. (2021). *La medición de la discriminación en base al autorreporte. Estado de situación y desafíos*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47097-la-medicion-la-discriminacion-base-al-autorreporte-estado-situacion-desafios>

CAPÍTULO 2

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE TRABAJADORES FORMALES E INFORMALES: EL CASO DE CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

***DAVID MARTÍNEZ-LUIS**

Doctor en Ciencias en Economía Agrícola
Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México
e-mail: dmartinez@pampano.unacar.mx
<https://orcid.org/0000-0002-4747-9368>

ALBERTO PÉREZ-FERNÁNDEZ

Doctor en Ciencias en Economía Agrícola
Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México
e-mail: apfernandez@pampano.unacar.mx
<https://orcid.org/0000-0002-9397-4167>

IGNACIO CAAMAL-CAUICH

Doctor en Ciencias en Economía Agrícola
Universidad Autónoma Chapingo, Chapingo, Estado de México, México
e-mail: icaamal@chapingo.mx
<https://orcid.org/0000-0002-3571-0542>

ERNESTINA YAZMÍN PÉREZ-RODRÍGUEZ

Maestra en Ciencias en Administración de Negocios
Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México
e-mail: eperez@pampano.unacar.mx
<https://orcid.org/0000-0001-6624-6116>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: El fuerte crecimiento del sector informal se debe a la falta de capacidad del sector formal de crear empleos bien remunerados. La fuerte participación del empleo informal en la economía tiene importantes consecuencias sociales debido a que estos trabajadores no tienen acceso a un sistema de salud. La presente

investigación tiene como objetivo mostrar las diferencias de acceso a sistemas de salud entre trabajadores formales e informales en Ciudad del Carmen, Campeche. **Metodología:** La investigación es un análisis descriptivo de la información obtenida de un cuestionario aplicado a trabajadores formales e informales de la ciudad. **Resultados:** Los resultados indican que no todos los trabajadores informales tienen acceso a servicios de salud, pero el porcentaje de trabajadores informales que no tiene servicios médicos es mucho mayor. Esta situación se agrava porque los trabajadores informales perciben menos salarios que los trabajadores formales. Por su parte, los trabajadores formales cuentan con más prestaciones como aguinaldos, vacaciones y despidos que los trabajadores informales. **Conclusiones:** A pesar de que en Ciudad del Carmen existe mucho dinamismo económico por la actividad petrolera, las diferencias laborales son muy profundas entre la población y eso se refleja en una fuerte concentración de la riqueza.

Palabras clave: Vulnerables, trabajador, seguridad social

Introducción

En la economía mundial existe una participación muy grande del sector informal. En México la economía informal representó el 24.4% del PIB nacional en 2022 (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2023) y la tasa de informalidad laboral en el cuarto trimestre de 2023 fue de 54.8% (INEGI, 2024). El sector informal genera fuentes de empleo para la población activa que no logra ubicarse dentro del sector formal y en México el trabajo informal es mayor que el trabajo formal; por lo anterior, una parte importante de la población depende de las actividades informales.

Una característica del trabajo informal es que carecen de un contrato de trabajo, por lo que están fuera de la protección de las leyes laborales. Uno de los beneficios que tienen los trabajadores formales, es que la Ley Federal del Trabajo (LFT) le exige a los contratantes a proporcionarles servicios de salud. En México, las instituciones públicas que proporcionan servicios de salud son el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISS-

TE), hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX) e instituciones médicas de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina. Por su parte, diversas empresas también proporcionan acceso a servicios de salud a sus trabajadores en instituciones de salud privadas.

La LFT en su artículo 2 establece que el trabajo digno en una relación laboral implica tener acceso a la seguridad social. La Ley del Seguro Social establece como régimen obligatorio los seguros de riesgo de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y, guarderías y prestaciones sociales para los trabajadores. Los patrones están obligados a registrar a sus trabajadores al IMSS.

Una de las características del sector informal es que los trabajadores carecen de protección social (Freije, 2002). Lo anterior se debe a la poca capacidad del Estado de supervisar las actividades laborales y aplicar las leyes correspondientes (Loayza y Sugawara, 2009). Los trabajadores informales pueden ser privados del acceso a la seguridad social y carecer de atención a riesgos de trabajo, enfermedades, acceso a apoyo a la vivienda, días y atención en la maternidad en el caso de las mujeres, entre otros. También pueden carecer de prestaciones como vacaciones, despensas o fondos para el retiro que los trabajadores formales si deben de tener por ley. De acuerdo con Mendinueta-Martínez et al. (2020), los trabajadores informales tienen el riesgo de padecer de enfermedades crónicas no trasmisibles derivado de tener hábitos alimenticios inadecuados, poca actividad física, alto consumo de alcohol. Por lo tanto, es importante analizar la vulnerabilidad de los trabajadores informales derivada de la falta de acceso a los servicios de salud y analizar las condiciones laborales que pueden profundizar aún más la brecha de bienestar entre trabajadores formales e informales.

Empleo formal y empleo informal

El empleo y sector informal han sido ampliamente estudiados; sin embargo, no existe una definición única de empleo informal debido a su heterogeneidad y complejidad. En este apartado se presenta un acercamiento a las características que se han encontrado del empleo informal y que lo hace diferente del empleo formal.

El empleo informal es una consecuencia de las políticas del gobierno a nivel global y que han generado bajo crecimiento económico. A su vez, el crecimiento del empleo informal genera un

desgaste del potencial de producción de la sociedad y puede contribuir a un bajo crecimiento económico. La informalidad genera condiciones sociales inestables, aumenta la desigualdad y reduce la eficiencia y en consecuencia el crecimiento del PIB. La informalidad reduce las posibilidades de un país de progresar suficientemente y limita en consecuencia sus posibilidades de crecimiento debido a los malos manejos en la política (Bacchetta et al., 2009). Freije (2002) también coincide en que las actividades informales tienen muy baja productividad.

Loayza y Sugawara (2009) aportan pruebas de que la informalidad no es solo un reflejo del subdesarrollo, sino que también es un factor de atraso económico. En este sentido, la economía mexicana ha tenido un crecimiento muy bajo, lo que se ha reflejado en una falta de empleos formales y un incremento de actividades informales. Al respecto, Bonilla (2015) plantea que la reestructuración económica que ha sufrido México desde hace 30 años ha traído como consecuencia un estancamiento de la economía, caracterizado por falta de empleos formales y por el fuerte crecimiento de actividades informales y precariedad laboral.

Otros autores han estudiado las condiciones laborales de los trabajadores informales y mediante estas condiciones se puede llegar a diferenciar a los trabajadores informales de los formales. Bacchetta et al. (2009) por ejemplo, encuentran que los trabajadores informales sufren de bajos salarios, poca estabilidad laboral, escasa cobertura de la seguridad social y falta de protección de sus derechos laborales de manera que ninguno de esos trabajadores paga impuestos.

El sector informal marca una diferencia entre el trabajo asalariado y el trabajo por cuenta propia. Los trabajadores por cuenta propia se caracterizaban por tener baja productividad, bajos ingresos y laboraban sin contratos y sin prestaciones. Sus unidades de producción son pequeñas, con poca tecnología, poco capital y poca organización (Martínez et al., 2018).

Los trabajadores formales cuentan con más prestaciones que los trabajadores informales, principalmente en lo que respecta a la seguridad social. Casarreal y Cruz (2020) indican que el trabajo formal es aquel que corresponde a fuerza de trabajo asalariada y que tiene acceso a un esquema de seguridad social, mientras que el trabajo informal se relaciona con actividades que se desarrollan con recursos de los hogares, pero que no se refleja en empresas for-

madras bien identificables e independientes del hogar. Por su parte, Samaniego (2008) describe como trabajadores informales a aquellos que realizan actividades de supervivencia, tales como vendedores ambulantes, boleros, cuidadores de automóviles, trabajadoras domésticas, y trabajadores en pequeños talleres.

Los estudios anteriores muestran que a diferencia de los trabajadores formales, los trabajadores informales laboran sin contrato y por ello están fuera de la protección de la ley. Al no tener contrato, no tienen acceso a prestaciones como aguinaldos, vales de despensa y acceso a servicios sociales como salud, jubilación, entre otros. Además, las unidades de producción son pequeñas y con poca tecnología y capital. Aunado a lo anterior, la OIT (2018) menciona que los trabajadores informales que laboran en condiciones precarias tienen mayor probabilidad de enfrentarse a problemas de salud que los trabajadores en la economía formal.

Área de estudio

El presente estudio se desarrolló en Ciudad del Carmen, que pertenece al estado de Campeche y su actividad económica principal es la extracción de petróleo. En el estado, el 90% del PIB lo aporta el sector minero (INEGI, 2012). La actividad petrolera se concentra en el municipio del Carmen, de donde se obtiene cerca del 54.2% de la producción de crudo en México y el 23% del gas natural (PEMEX, 2011). Ciudad del Carmen se ubicó entre los 5 municipios más importantes del país por su aportación al PIB nacional y llegó a ocupar el primer lugar de los municipios que mayor valor aportan a la producción nacional. También llegó a presentar el PIB per cápita más alto del país (INEGI, 2014); sin embargo, con la reforma energética en 2014 y el saneamiento de las finanzas de PEMEX la producción petrolera disminuyó considerablemente y la economía del municipio entró en una fuerte recesión económica.

En la reforma energética, uno de los puntos más importantes fue la desaparición del outsourcing de PEMEX y aunado a la caída de la producción petrolera provocó una pérdida importante de empleos en el municipio. La caída de la economía y la falta de empleos obligó a una parte importante de la población a refugiarse en el

sector informal. El crecimiento del sector informal en la ciudad se reflejó en un incremento de negocios en la vía pública.

En 2019 la economía de la ciudad mostraba signos de recuperación; sin embargo, la contingencia generada por el COVID-19 frenó el crecimiento de la economía y muchas empresas cerraron despidiendo a sus trabajadores. Los despidos generaron más empleos informales y debido a que los trabajadores no pudieron dejar de trabajar, la población que depende del sector informal fue muy vulnerable durante la crisis sanitaria.

El entorno económico en el que se ha sumergido la ciudad en la última década, ha generado un fuerte crecimiento del sector informal; por ello, su estudio se vuelve muy importante. La presente investigación se centra en estudiar las prestaciones que tienen los trabajadores informales, principalmente el acceso a los servicios de salud y compararlos con los trabajadores formales. Con lo anterior, se puede identificar las brechas que existe entre los trabajadores de ambos sectores y con ello aportar evidencias para la formulación de políticas públicas que permitan reducir esas brechas.

Metodología

El presente estudio de caso es una investigación descriptiva que permite observar y describir el comportamiento de los trabajadores formales e informales en Ciudad del Carmen, Campeche. La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario a trabajadores de la ciudad. El cuestionario se aplicó de manera aleatoria y se realizó un análisis descriptivo mediante el uso de promedios simples. El cuestionario se realizó en la plataforma Microsoft Teams y fue enviada de manera electrónica. El cuestionario se presenta como anexo.

La población ocupada en el estado es de 269,780 personas, la cual se tomó como la población de estudio. La muestra se determinó con base en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1)e^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z= 1.96

$e = 5\%$

$P = 0.5$

$q = 0.5$

$N = 269,780$

Se determinó trabajar con nivel de confianza del 95%; por lo que el tamaño de la muestra es de 383.6. En total se aplicó el cuestionario a 531 trabajadores de los cuales 278 son trabajadores formales y 253 trabajadores informales. La presencia de un contrato en su relación laboral fue lo que determinó si el trabajador es formal o informal. Los trabajadores formales cuentan con un contrato de trabajo que esta bajo la protección de la Ley Federal del Trabajo y por lo tanto cuentan con todos los beneficios que la ley establece.

Los instrumentos que se utilizaron para la descripción de la información son las proporciones y los promedios simples. Las proporciones se utilizaron para analizar la estructura de la información relacionada con el tipo de servicio en salud, prestaciones, género y salarios. Los promedios simples se utilizaron para sintetizar la información relacionada con edad, educación, salarios, días y horas de trabajo. Los promedios de las variables se utilizaron para comparar las características socioeconómicas de los trabajadores formales e informales.

Resultados

Condiciones socioeconómicas

La edad promedio de trabajadores formales e informales entrevistados es muy similar, los trabajadores formales tienen en promedio 28 años y los trabajadores informales 27 años. De acuerdo con Ovando-Aldana et al. (2021), los trabajadores con mayor edad tienen mayor experiencia, por lo que es más probable que encuentren un empleo con mejores condiciones laborales en el sector formal. Así, los trabajadores informales tienden a ser más jóvenes que los trabajadores formales, pero en este estudio, no se presenta esta diferenciación ya que la edad promedio entre ambos grupos es muy similar.

En esta investigación se contemplaron 6 años de estudios para primaria, 3 años para secundaria, 3 años para preparatoria o nivel

superior, 4 años para licenciatura, 2 años para maestría y 4 años para doctorado. Los años de estudio promedio para los trabajadores formales es de 14 años y para los trabajadores informales es de 13 años. Lo anterior implica que en promedio los trabajadores de ambos sectores tienen estudios de nivel preparatoria. En este sentido, Rubio (2014) considera que en el sector informal se encuentran trabajadores de nivel educativo bajo y medio y Reyes-Cortés y Valencia-Romero (2023) encuentran que mientras más escolaridad tiene el trabajador es menos probable que se ubique en el sector informal y que la escolaridad influye en el deseo de los trabajadores en buscar un empleo en el sector formal. En específico, Ruesga et al. (2020) encontraron que los trabajadores con estudios de primaria son más propensos a buscar un empleo informal. Los resultados obtenidos en esta investigación muestran la misma situación, los trabajadores informales tienen nivel educativo medio o bajo; sin embargo, la misma situación se encontró en los trabajadores formales entrevistados.

El mayor promedio de dependientes económicos lo tienen los trabajadores informales. Lo anterior implica que para poder satisfacer las necesidades de la familia los ingresos obtenidos de su actividad deben ser mayores al sector formal; de no ser así, la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias tendería a disminuir. Al respecto, Ovando-Aldana et al. (2021) concluyen que los trabajadores casados o en unión libre y con hijos pueden cumplir mejor con sus responsabilidades laborando en el sector formal. Lo anterior sugiere que mientras más grande sea la familia la población tiende a buscar un trabajo formal. En este estudio la situación es diferente, ya que el promedio del número de integrantes de la familia fue menor en el sector formal.

Reyes-Cortés y Valencia Romero (2023) consideran que existe una mayor probabilidad de que los hombres tengan una mayor participación en actividades informales. Sin embargo, en la encuesta realizada, la participación de los hombres es mayor en las actividades formales y menor en actividades informales. La heterogeneidad y complejidad del sector informal no permite establecer una relación clara entre el trabajo informal y el género y por ello se obtienen diferentes resultados en las investigaciones. Por ejemplo, Ovando et al. (2020) encuentra que en 2005 era más probable encontrar a

hombres en el sector informal; mientras que en 2020 no existe una relación entre el género y su participación en el empleo informal.

Acceso a servicios de salud

En el estado de Campeche existen 719,677 derechohabientes de servicios de salud, lo que representa el 77.5% de la población (INEGI, 2020). A partir de la encuesta realizada se observa que el 92% de los trabajadores formales tiene acceso a servicios de salud. Esta cifra esta muy por arriba del porcentaje de la población derechohabiente del estado.

Los trabajadores informales trabajan en condiciones precarias en las calles y expuestos a cambios climáticos, basura y contaminación, lo que puede incidir en su estado de salud (Mendinue-ta-Martínez et al., 2020). El porcentaje de trabajadores informales entrevistados que cuenta con servicios de salud es del 71.1% y esta por debajo de la población derechohabiente del estado. Lo anterior refleja que un porcentaje importante de la población que depende de las actividades informales es vulnerable en salud por la falta de servicios médicos.

Tabla 1

Características de los trabajadores formales e informales y acceso al servicio médico

		Formal	Informal
Edad		28.7	27.4
Años de estudio		14.3	13.6
Integrantes de familia		3.8	4.2
	Respuesta		
Género	Masculino	56.8	46.2
	Femenino	43.2	53.8
Servicio Médico	No	8.0	28.9
	Seguro popular	6.6	10.3
	ISSSTE	9.1	8.3
	IMSS	68.6	42.7
	Otro	8.0	9.9

Fuente: Elaborado con información obtenida de encuesta.

La estructura porcentual de las instituciones de salud a las que están inscritos ambos grupos de trabajadores es muy similar (Tabla 1). El IMSS es la principal institución a la que asisten los trabaja-

dores, seguido del ISSSTE y el Seguro Popular. Lo anterior se debe a que en la ciudad existen más hospitales y centros de atención que pertenecen al IMSS.

El Seguro Popular fue una estrategia del Programa Nacional de Salud de 2001-2006, entró en funcionamiento en 2004 con el objetivo de proporcionar servicios de salud a la población que no era derechohabiente del sistema de salud. Este programa era adecuado para las personas que laboraban en el sector informal ya que no era necesario inscribirse mediante una relación laboral. En la tabla 1 se muestra que el 10.3% de los trabajadores informales entrevistados estaban suscritos al Seguro Popular. En 2020 el Seguro Popular fue sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Centeno y Portes (2006) mencionan que la falta de seguridad social obliga a los trabajadores a buscar un empleo informal; por lo tanto, la aparición del Seguro Popular y el INSABI puede fomentar el crecimiento del sector informal.

De acuerdo con otros estudios, los trabajadores informales no tienen acceso a la seguridad social (Casarreal y Cruz, 2020 y Maloney, 1999) y Álvarez y Barney (2014) hacen mención que los trabajadores informales que se dedican a actividades de subsistencia generalmente no cuentan con atención médica. Sin embargo, en este estudio se muestra que un porcentaje importante de trabajadores informales son derechohabientes de instituciones como el IMSS, ISSSTE y otros. Lo anterior se debe a que estos trabajadores informales tienen acceso a los servicios de salud a través del cónyuge, de los padres, de los hijos o tienen un trabajo complementario formal como fuente de ingresos. Las otras instituciones que se mencionan en la tabla 1 y figura 1 hacen referencia a los hospitales de PEMEX y hospitales de la Secretaría de Marina. Estas dependencias tienen instituciones que proporcionan servicios de salud a sus trabajadores y dependientes económicos.

En la gráfica 1 se muestra como se distribuye la población derechohabiente en las diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud. Los trabajadores formales e informales se refieren a los trabajadores entrevistados para esta investigación. La información estatal se refiere a los derechohabientes del estado de Campeche.

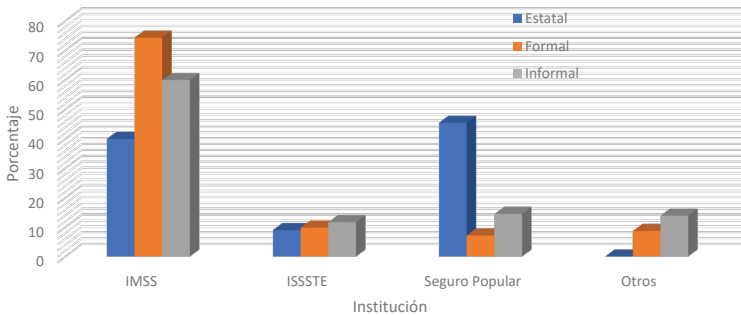
El mayor porcentaje de trabajadores formales e informales entrevistados tienen acceso a seguridad social en el IMSS y en el

ISSSTE. Es notable observar que muchos de los trabajadores formales estaban inscritos al seguro popular, lo cual indica que algunas empresas no inscriben a sus trabajadores a seguridad social como lo obliga la Ley Federal del Trabajo. También es notable observar que el porcentaje de trabajadores informales que se incriben al seguro popular es mayor al de los trabajadores formales.

La fuerte presencia de PEMEX en la ciudad se refleja en la cantidad de derechohabientes que reciben servicios de sus hospitales. De acuerdo con INEGI (2020), el 4.5% de la población derechohabiente del estado esta inscrito en hospitales de PEMEX, la Secretaría de la Marina y la SEDENA. En estos hospitales se atienden el 8.7% de los trabajadores formales y el 13.9% de los trabajadores informales entrevistados.

Figura 1

Distribución porcentual de derechohabientes en el estado de Campeche y trabajadores entrevistados



Fuente: Elaborado con datos de INEGI y de la encuesta.

Condiciones laborales y de ingreso

Los beneficios laborales más comunes en México son el aguinaldo, las vacaciones, la despensa y el acceso a la jubilación. Algunos de estos beneficios los exige la ley; por ello, la mayoría de los trabajadores formales reciben aguinaldo y vacaciones. De los trabajadores informales que se entrevistaron, menos de la mitad percibe aguinaldo y vacaciones. El aguinaldo es un ingreso que reciben los trabajadores a final de cada año y corresponde a por lo menos 15 días

de trabajo cuando se labora todo el año o de manera proporcional a los meses trabajados. Debido a que es un ingreso, el aguinaldo mejora el poder adquisitivo de los trabajadores y por lo tanto contribuye a mejorar sus condiciones de vida.

Las vacaciones con goce de sueldo se deben proporcionar a trabajadores que hayan laborado más de un año y debe ser mayor a 12 días (Ley Federal del Trabajo). Esta prestación permite a los trabajadores contar con días de descanso para fortalecer sus relaciones sociales. Esta prestación la reciben la mayoría de los trabajadores formales y solamente el 45.1% de trabajadores informales entrevistados.

Tabla 2

Beneficios laborales percibidos por los trabajadores formales e informales en Ciudad del Carmen, Campeche (Porcentaje)

Beneficios	Formal	Informal
Aguinaldo	86.8	43.1
Vacaciones	81.9	45.1
Despensa	29.3	7.5
Jubilación	30.0	10.3
Seguro social	67.2	24.9
Programas sociales	11.1	8.7

Fuente: Elaborado con datos de encuesta.

Los vales de despensa son regulados por la Ley y permiten a las empresas mejorar las prestaciones a sus trabajadores. Solamente el 29.3% de los trabajadores formales reciben esta prestación reflejando así su carácter opcional. En cuando a los trabajadores informales solo el 7.5% recibe esta prestación y son los trabajadores que trabajan para un empleador o microempresa.

El acceso a la jubilación es una prestación incluida en la seguridad social de los trabajadores. De los trabajadores formales entrevistados solamente el 30% menciona tener acceso a la jubilación. Lo anterior se debe posiblemente a que muchos trabajadores formales estaban inscritos al seguro popular y este solo se enfocaba a reducir el gasto en salud de los trabajadores (CONEVAL, 2018), a diferencia de los trabajadores afiliados al IMSS o ISSSTE que si cuentan con un sistema de jubilación y pensiones.

En la literatura no hay consenso sobre en qué sector los salarios son mayores. Amaral y Quintín (1995) señalan que los ingresos en el sector informal son bajos. Beccaria et al. (2021) considera que al pasar de un empleo formal a informal existe una pérdida de ingresos; por lo que se asume que los salarios en el sector informal son menores a los del sector formal. Por el contrario, Marcouiller et al. (1995) pone en duda de que los trabajadores informales son mal pagados. En este estudio se puede observar que en promedio los trabajadores formales ganan casi el doble que los trabajadores informales. Por lo anterior, el sector informal en la ciudad no puede considerarse como una alternativa deseable de empleo; por el contrario, pareciera una alternativa que proporciona ingresos muy precarios a los trabajadores.

Tabla 3

Ingresos y condiciones laborales de los trabajadores formales e informales en Ciudad del Carmen, Campeche

Condiciones laborales	Formal	Informal
Salario promedio (pesos mensuales)	11357.3	6435.0
Horas de trabajo al día	8.1	7.5
Días de trabajo a la semana	5.5	5.5

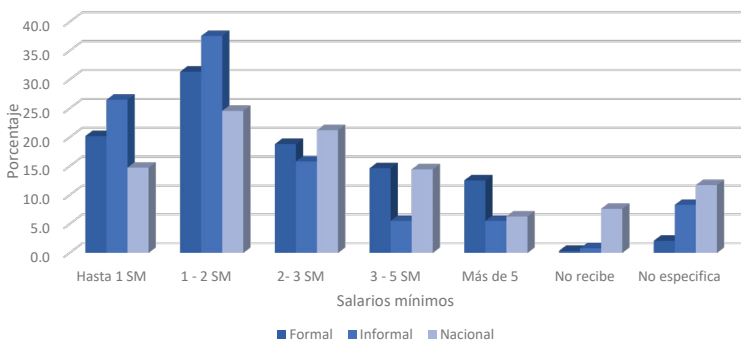
Fuente: Elaborado con datos de encuesta.

Ovando-Aldana et al. (2021) concluyen que los trabajadores que pueden trabajar más horas es más probable que laboren en el sector formal; mientras que la flexibilidad en los horarios se refleja más en el sector informal. En la muestra obtenida en este estudio los trabajadores formales obtienen casi el doble de ingresos que los trabajadores informales y prácticamente trabajan la misma cantidad de días a la semana y la misma cantidad de horas de trabajo al día.

Algunos investigadores consideran que la población se encuentra en el sector informal por supervivencia (Brambila y Cazzavillan, 2009) y otros por un beneficio económico mayor del que se puede obtener en el sector formal (Wallace y Latcheva, 2006). En México es posible que la causa principal sea la supervivencia, pues muchos mexicanos recurren al trabajo informal para completar sus ingresos ante el estancamiento salarial y una fuerte pérdida del poder adquisitivo del salario (Brambila y Cazzavillan, 2009; Ochoa, 2002). La

información obtenida de las encuestas muestra que en Ciudad del Carmen los trabajadores informales tienen menores ingresos que los trabajadores formales. Más del 50% de los trabajadores informales ganan entre uno y dos salarios mínimos; aunque los salarios en el sector formal se concentran más en uno y dos salarios, esta participación es mayor al promedio nacional (Figura 2). En un estudio en Ecuador se encontró una situación similar, ya que gran parte de los trabajadores informales tienen ingresos inferiores al salario mínimo vital (Ruesga et al., 2020). En este sentido, Rubio (2014) encuentra que existen trabajadores informales que tienen ingresos estables, seguridad social y condiciones laborales adecuados; mientras que existe otro sector en donde los trabajadores informales cuentan con un ingreso inestable y condiciones laborales precarias.

Figura 2
Clasificación del nivel salarial de trabajadores formales e informales en Ciudad del Carmen y a nivel nacional



Fuente: Elaborado con datos de la encuesta y con datos de INEGI.

Los trabajadores en el sector informal están menos protegidos, son más vulnerables a los cambios repentinos en las condiciones del mercado, tienen que aceptar recortes considerables en sus sueldos cuando cambia la situación y tienen menos probabilidades de participar en programas (formales) de enseñanza y capacitación financiados por las autoridades estatales. En consecuencia, las tasas elevadas de informalidad impiden que se alcancen tasas potencialmente mucho más altas de ingreso y de productividad (Bacchetta et al.,

2009). Lo anterior se refleja en que una proporción importante de trabajadores formales obtienen ingresos superiores a 3 salarios mínimos, porcentaje superior al promedio nacional y mucho mayor al sector informal. Esta situación refleja una amplia brecha entre los ingresos de trabajadores formales e informales en la ciudad, que aunado a la falta de protección social y servicios de salud, los trabajadores informales de la ciudad presentan condiciones de trabajo y de vida más precarias.

Conclusiones

Es evidente que los trabajadores informales en Ciudad del Carmen, Campeche tienen menos protección social que los trabajadores formales. Por lo tanto, los trabajadores informales son más vulnerables en salud que los trabajadores formales. Esta vulnerabilidad se agrava al observar los bajos salarios que perciben estos trabajadores. Los bajos salarios que perciben los trabajadores informales los obligan a trabajar de manera ininterrumpida y en el caso de sufrir algún accidente de trabajo o enfrentar alguna enfermedad que los obligue a dejar de trabajar sus ingresos se ven muy mermados. Por el contrario, cuando los trabajadores formales sufren alguna enfermedad pueden atenderse en las instituciones de salud y contar con incapacidad laboral con goce de sueldo.

El presente estudio muestra que la importancia del acceso a los servicios de salud por parte de los trabajadores, no solamente se limita a disminuir los gastos por enfermedades. En cuando a trabajadores informales se refiere, la falta de acceso a servicios de salud puede dejarlos vulnerables en sus necesidades de alimentación, vestido, educación, entre otros. Por ello, la informalidad fomenta mayor desigualdad y pobreza en la región y el país.

La realidad laboral en Carmen es preocupante y tiene consecuencias visibles en el potencial económico de la ciudad. Las consecuencias son muy visibles en los trabajadores informales: bajos salarios, poca estabilidad laboral, escasa cobertura de la seguridad social y falta de protección de sus derechos laborales. Este estudio también la necesidad que a partir de la política pública se pueda obtener una mayor cobertura de salud en la población; y además, mejorar considerablemente los servicios que se proporcionan ac-

tualmente. La ineficiencia en los servicios que ofrecen las instituciones de salud en el país también puede dejar vulnerables a los trabajadores formales.

En el país existe una importante proliferación de consultorios en farmacias comerciales a bajos precios, por lo que los servicios de salud proporcionados por el Estado pueden ser ineficientes. Aunque los resultados de esta investigación muestran que trabajadores formales tienen cobertura de salud, es necesario indagar la eficiencia y calidad de estos servicios de salud. Si los servicios de salud en las instituciones del estado son ineficientes, los trabajadores tanto formales e informales pueden ser vulnerables. Por lo anterior, se recomienda realizar una investigación al respecto en la ciudad para determinar si los servicios de salud son adecuados y el porqué la proliferación de consultorios a bajo costo.

Referencias

- Alvarez, S. A. & Barney, J. B., 2014. Entrepreneurial opportunities and poverty alleviation. *Entrepreneurship Theory Practice*, 38(1), 159–184.
- Amaral, P. y Quintin, E. (2005). *Journal of Monetary Economics*, 53 (7), 1541-1543.
- Amaral, P. S. & Quintin, E. (1995). A competitive model of the informal sector. *Journal of Monetary Economics*, 53(7), 1541-1553. Doi: 10.1016/j.jmoneco.2005.07.016
- Bacchetta, M., Ernst, E. & Bustamante, J. P. (2009). *Globalization and informal jobs in developing countries : a joint study of the International Labour Office and the Secretariat of the World Trade Organization*. Génova, WTO Publ.
- Beccaria, L. A., Filipetto, S. M. y Mura, N. (2022). Heterogeneidad en el sector informal y transiciones entre estados. Un análisis de largo plazo para el mercado laboral argentino. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 92(1), 195-235. Doi: : 10.13043/DYS.92.6
- Bonilla, R. (2015). Informalidad y precariedad laboral en el Distrito Federal. La economía de sobrevivencia. *Economía informal*, 391, 69-84. Doi: 10.1016/j.ecin.2015.05.005

- Brambila, J. & Cazzavillan, G. (2009). The dynamics of parallel economies. Measuring the informal sector in Mexico. *Research in Economics*, 63(3), 188-199. Doi:10.1016/j.rie.2009.07.004
- Casarreal, J. y Cruz, M. (2020). Empleo informal: una explicación desde la demanda. *Contaduría y administración*, 66(1), 1-27. Doi: 10.22201/fca.24488410e.2021.2595
- Centeno, M.A. & Portes, A. (2006). *The informal economy in the shadow of the state*. In: Fernandez-Kelly, P., Shefner, J. (Eds.), *Out of the Shadows: Political Action and the Informal Economy in Latin America*. The Pennsylvania State University Press, University Park, PA.
- CONEVAL (2018). *Sistema de protección social en salud. Seguro popular y seguro médico siglo XXI*. Obtenido en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- Freije, S. (2002). *El empleo informal en América Latina y el Caribe: Causas, consecuencias y recomendaciones de política*. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie documentos del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA). Venezuela.
- INEGI. (2012). Anuario Estadístico y Geográfico del estado de Campeche. Aguascalientes, México.
- INEGI. (2014). Los municipios más importantes en México: visión censal. Censos económicos, 2014. Disponible en http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/ce/2014/doc/minimonografias/m_Dmmip_ce2014.pdf
- INEGI. (2020). Banco de indicadores. www.inegi.org.mx
- INEGI. (2023). Comunicado de prensa número 824/23. Diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/MDEI/MDEI2022.pdf>
- INEGI. (2024). Base de datos temas de demografía y sociedad. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>
- Loayza, N. y Sugawara, N. (2009). El sector informal en México; hechos y explicaciones fundamentales. *Revista el Trimestre Económico*, 4(304), 887-920.
- Maloney, W. F. (1999). Does informality imply segmentation in urban labor markets? Evidence from sectorial transitions in Mexico. *The World Bank Economic Review*, 13(2), 275-302.
- Marcouiller, D., Ruiz De Castilla, V. & Woodruff, C. (1997). Formal measures of the informal sector wage GAP in México,

- El Salvador y Perú. *Economic Development and Cultural Change Journal*, 45(2), 367-392.
- Martínez, D., Caamal, I., Ávila, J. A. y Pat, L. A. (2018). Política fiscal, mercado de trabajo y empleo informal en México. *Revista Mexicana de Economía y Finanzas*, 13(1), 79-100.
- Mendinueta-Martínez, M., Herazo-Beltrán, Y., Fernández-Barrios, J., Hernández, T., Garzón Martínez, O. L., Escorcía, N., Prada Martínez, K. Méndez, J. y Jiménez-Pavón, D. (2020). Estilos de vida en trabajadores del sector informal. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1), 21-25. Doi: 10.5281/zenodo.4068209
- Ochoa, S. (2002). *Economía informal: evolución reciente y perspectivas*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de diputados, LIX legislatura.
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). *Mujeres y hombres en la economía informal*. In *panorama estadístico*. Ginebra
- Ovando-Aldana, W., Rivera-Rojo, C. R. y Salgado-Vega, M. C. (2021). Características del empleo informal en México, 2005 y 2020. *Papeles de Población*, 27(108), 147-184. Doi: 10.22185/24487147.2021.108.15
- PEMEX. (2011). Anuario estadístico de PEMEX.
- Reyes-Cortés, J., y Valencia-Romero, R. (2023). Discriminación salarial en el sector informal de la Ciudad de México durante el COVID-19. *Análisis Económico*, XXXVIII (97), 163-180. Doi: 10.24275/uam/azc/dcsh/ae/2022v38n97/Reyes
- Rubio, M. V. (2014). El trabajo informal en Colombia e impacto en América Latina. *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 7(13), 23-40.
- Ruesga, S. M., Pérez, L. y Delgado, J. L. (2020). Sector informal en Ecuador: perspectiva desde el escenario econométrico. *Revista Espacios*, 41(14), 1-14.
- Samaniego, N. (2008). El crecimiento explosivo de la economía informal. *Revista de Economía UNAM*, 5(13), 30-41.
- Wallace, C. & Latcheva, R. (2006). Economic Transformation Outside the Law: Corruption, Trust in Public Institutions and the Informal Economy in Transition Countries of Central and Eastern Europe. *Europe-Asia Studies*, 58(1), 81-102. Doi:10.1080/09668130500401707

CAPÍTULO 3

PREVALENCIA DE COVID-19 EN UN MÓDULO MUNICIPAL DE SALUD EN CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

***JUAN LÁZARO GONZÁLEZ-NARVÁEZ**

Doctor en Ciencias de la Administración

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: jlgonzalez@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0009-0214-078>

LORENA ZALETA-MORALES

Doctora en Motricidad y Educación para la Salud

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: lzaleta@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5107-8287>

ALBA GUADALUPE HERNÁNDEZ-GARCÍA

Maestra en Educación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: ahgarcia@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6065-2452>

MARÍA VERÓNICA MATUS-COLLÍ

Licenciada en Medicina

Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar,

Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: vero_8376@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-6655-784>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de COVID 19 de los pacientes que acuden a un módulo municipal de salud en Ciudad del Carmen, Campeche, durante el periodo comprendido de julio 2020 a febrero 2021. **Metodología:** El estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transver-

sal. La población estuvo conformada por todos los pacientes que acudieron al módulo municipal durante el periodo comprendido de julio 2020 a febrero 2021 en los turnos matutino y vespertino de atención. **Resultados:** La prevalencia de COVID 19 en la población que acudió al módulo es alta. Las características sociodemográficas de la población, tales como la escolaridad (baja), la edad (adultos jóvenes y adultos mayores), sexo (hombres), así como las comorbilidades (hipertensión, diabetes y obesidad), son factores que influyen en la probabilidad de infección de la enfermedad. **Conclusiones:** El manejo multi e interdisciplinario es fundamental para la atención de los pacientes infectados. La administración de oxígeno suplementario en etapas tempranas de la enfermedad y con déficit de oxígeno, es crucial para evitar la descompensación y agravamiento de la enfermedad hacia estadios más graves y que pueden conducir a la muerte de las pacientes.

Palabras clave: Prevalencia, COVID-19, SARS-CoV-2

Introducción

La COVID-19, puede transmitirse de persona a persona por medio del contacto directo con un individuo infectado o a través de pequeñas gotitas que quedan suspendidas en el aire y que se pueden desplazar hasta 1.8 metros, aproximadamente, cuando la persona tose o estornuda. El virus se puede transmitir a través del contacto con superficies contaminadas o fómites (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020).

La evidencia científica actual, refiere la transmisión inicial del SARS-CoV-2, de un huésped animal a seres humanos, por la relación que hay entre el inicio de la enfermedad y un mercado de animales vivos en la ciudad de Wuhan, China (Tesini, 2020). Con el transcurso de la enfermedad, se fue identificando de manera paulatina que el virus tenía la capacidad de transmitirse de persona a persona mediante tres principales mecanismos:

- Gotas respiratorias (De saliva o de moco, de la boca o de la nariz). Al inhalar las partículas infectantes que son expulsadas por una persona infectada o enferma al hablar, estornudar, toser, cantar, gritar, etcétera.

- Contacto con fómites. Al tocar una superficie u objeto contaminado con dichas partículas infectantes y, posteriormente, tocarse los ojos, la nariz o la boca.
- Aerosoles. Al inhalar partículas infectantes que son resultado de la mezcla de virus con partículas en el aire, las cuales pueden flotar por largas distancias a manera de aerosol. Éstas suelen producirse durante procedimientos médicos, como la intubación orotraqueal (Aragón et al, 2019) (CDCP, 2020).

La sintomatología puede presentarse en un período de 5 días, el cual es el tiempo de incubación de la enfermedad (Li et al, 2020).

El diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 es un gran reto para el personal de salud, debido a que el curso clínico de la enfermedad puede ser asintomático en algunos casos y en otros tener características que lo hagan letal. Por ello, es básico identificar oportunamente las manifestaciones clínicas y los estudios de laboratorio que pueden ser utilizados para su detección temprana. Hasta el momento, las manifestaciones clínicas de la infección por SARS-CoV-2 observadas en la mayoría de los casos son inespecíficas y de grado variable, puesto que comprenden desde muy leves hasta muy graves, según las condiciones del huésped y la etapa de la infección.

De acuerdo con el informe de la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en China, tras un análisis de las manifestaciones clínicas presentadas por 55,000 pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 en varios países del mundo, los principales signos y síntomas en orden de frecuencia son:

- Fiebre (87.9%)
- Tos seca (67.7%)
- Astenia o debilidad y fatiga (38.1%)
- Expectoración (33.4%)
- Disnea (18.6 %)
- Dolor de garganta (13.9%)
- Cefalea (13.6%)
- Mialgia o artralgia (14.8%)
- Escalofríos (11.4%)
- Náuseas o vómitos (5.0%)
- Congestión nasal (4.8%)
- Diarrea (3.7%)

- Hemoptisis (0.9%)
- Congestión conjuntival (0.8%)

Es notorio que el signo con mayor frecuencia es el de fiebre y suele presentarse en un promedio de 5-6 días después de la infección (periodo de incubación medio 5-6 días, rango 1-14 días) (WHO, 2020a).

Frecuentemente las manifestaciones sistémicas y graves se dan en adultos mayores y en personas con comorbilidades o inmunocomprometidas; sin embargo; también pueden presentarse en menores y adultos jóvenes que son aparentemente sanos. Las principales comorbilidades asociadas con cuadros severos son:

- Enfermedades cardiovasculares (21.6%)
- Enfermedades endócrinas (11.8%)
- Enfermedades respiratorias (4.4%)

Cabe señalar que también se han informado de casos de infección asintomática, pero son poco frecuentes; no obstante, se debe considerar que, en un momento dado, éstos pueden ser un importante impulsor de la transmisión (Pan et al, 2020).

La evaluación adecuada tanto de los casos sospechosos como de los que son confirmados por COVID 19, así como de la tipificación de los datos de alarma y aplicación de escalas de valoración, son de carácter básico para la determinación del tratamiento terapéutico.

De manera general, los casos que no presenten datos de alarma o que no cumplan con alguno de los criterios de la escala quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), serán considerados como leves y se destinarán al manejo en el primer nivel de atención. Las medidas a seguir en esta situación comprenden:

- Aislamiento domiciliario por un periodo de 14 días; limitación de visitas; si fuera posible, disponer de un solo cuidador, vigilar signos vitales cada 24 horas, utilizar cubrebocas, limpiar las superficies con las que se tenga contacto con solución clorada, así como una abundante ingesta de líquidos y reposo.
- Informar sobre datos de alarma. Educar a los pacientes acerca de los datos de alarma que deben vigilarse y, en caso de presentarlos, que acudan de manera inmediata al segundo nivel de atención.

- Tratamiento farmacológico. En este tipo de casos, la terapia farmacológica es sintomática, es decir, por el empleo de fármacos de acuerdo al cuadro general que presenten (analgésicos, antipiréticos y antihistamínicos); no se justifica el uso de otro tipo de fármacos (Secretaría de Salud, 2020a) (WHO, 2020b).

En segundo nivel de atención será necesario determinar si cumplen con criterios de ingreso a hospitalización, con apoyo de escalas validadas, como la Pneumonia Severity Index (PSI), Severity Score for Community-Acquired Pneumonia (CURB-65), National Early Warning Score (NEWS) y la qSOFA, así como con criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con apoyo de instrumentos validados, como la Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) (Lane & Lis, 2019).

Los casos considerados para manejo en el tercer nivel de atención serán aquellos en donde los pacientes tengan alguna comorbilidad grave, o bien, los casos que cursen con un estado séptico severo o infecciones agregadas. El objetivo fundamental del manejo a estos niveles, está enfocado en medidas de soporte respiratorio y manejo hemodinámico. En el tratamiento de pacientes con Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA), se debe privilegiar la protección alveolar durante la ventilación mecánica invasiva, para disminuir el riesgo de lesión pulmonar. Los casos que son tratados en la UCI, se deben utilizar en la medida de lo posible, la ventilación prona, pues mejora la oxigenación de los pacientes de manera significativa, alcanzando hasta en un 70% (Secretaría de Salud, 2020b) (WHO, 2020b).

El uso de esteroides no es recomendable debido a que retarda la eliminación del ARN viral; pese a ello, puede considerarse en determinados casos, como en pacientes con EPOC o ciertos casos de choque séptico (Arabi met al, 2018) (Russell C, Millar J & Baillie J, 2019).

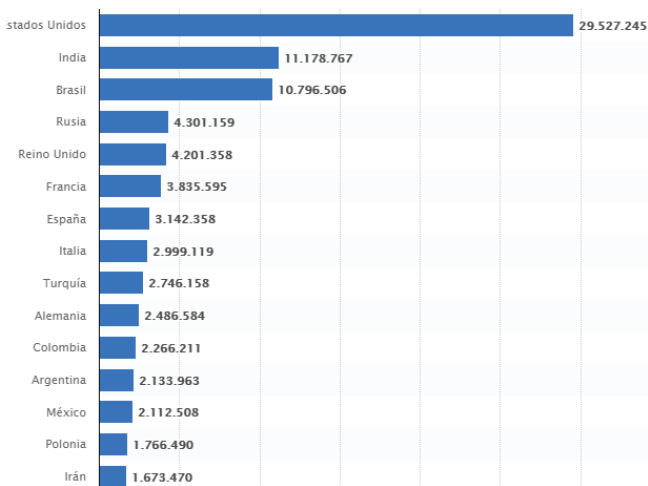
Por ahora, no existe un tratamiento farmacológico específico contra el SARS-CoV-2. Los fármacos que se encuentran en investigación para tratar COVID-19 han demostrado eficacia *in vitro* e incluyen, principalmente, ciertos antivirales y cloroquina (Secretaría de Salud, 2020a).

Gran parte de los pacientes se recuperan espontáneamente y algunos presentan neumonía no grave. Cuando se presentan complicaciones fatales, es posible que se desarrolle edema pulmonar, insuficiencia orgánica, neumonía grave, choque séptico y síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Las muertes asociadas al coronavirus tienen un promedio de 14 días después de contraer la infección, en un rango que va de los 6 a los 41 días (Wang W., Tang J & Wei F, 2020).

Desde la aparición de la COVID-19, a finales del año 2019 hasta la primera semana del mes de marzo del 2021, a nivel mundial, se tiene un total de 112 millones de casos, 65.7 millones de personas recuperadas y 2.58 millones de personas que han fallecido a causa de esta enfermedad. El país que encabeza el primer lugar en casos, es Estados Unidos de América con más de 29 millones de personas contagiadas; seguido de la India y Brasil con poco más de 11 y 10 millones respectivamente. Rusia y Reino Unido, con alrededor de 4 millones de casos; Francia y España con datos aproximados a los 4 millones e Italia, con cifras cercanas a los 3 millones de casos (The New York Times, 2021).

Figura 1

Estadísticas a nivel mundial de la COVID 19 por país.



Nota: Tomado de The New York Times. Universidad Johns Hopkins, Baltimore, MD, Estados Unidos. Consultado el día 06 de marzo de 2021.

Particularmente para el caso de México, el 28 de febrero de 2020, son confirmados los primeros casos de COVID-19, en dos personas con antecedentes de haber realizado viajes a Italia. La OMS declara pandemia a la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad denominada COVID-19, debido a que los casos confirmados superaban a los 118,000 en 114 países y el número de fallecidos ascendía a 4,291, el 11 de marzo de 2020. El 18 de marzo de 2020, se confirma la primera muerte de un paciente con COVID-19 en México (OMS, 2020a).

En México, cifras estimadas al 06 de marzo de 2021, reportan un total de 2,119,305 casos, 1,660,786 personas recuperadas y 189, 578 han fallecido. Encabeza el lugar número 13 en la lista de países con mayor cantidad de casos reportados. El 50.12% han sido del sexo masculino y el 49.88% femenino. Las comorbilidades mayormente asociadas han sido: Hipertensión (17.36%), Obesidad (14.53%), Diabetes (13.39%) y Tabaquismo (7.36%). El grupo de edad que ha sido más afectado, se encuentra entre los 20 a los 64 años (Gobierno de México, 2021).

Los Estados que encabezan la mayor cantidad de casos de COVID 19 en el país, son, en primer lugar, la Ciudad de México, con 568 mil, seguido por el Estado de México, con 221 mil y Guanajuato, con 121 mil. El Estado que reporta una menor cantidad de casos, es el de Campeche, ocupando la posición número 32 de 32 Estados que conforman el país, con datos de 8,579 casos (The New York Times, 2021).

Ciudad del Carmen, Campeche, es uno de los 11 municipios del Estado de Campeche y el segundo más poblado del Estado, con un total de 248 845, solo por detrás de la capital San Francisco de Campeche con 294 077 habitantes. Es una importante zona de actividad comercial y de un flujo constante de pobladores relacionados con la actividad laboral (INEGI, 2020).

En el corte estadístico en relación a datos de la COVID 19 en el municipio de Carmen con fecha (05 de marzo de 2021), arrojó 2,835 casos reportados como positivos, 380 defunciones, 1,145 casos sospechosos, una letalidad del 13.4% y una positividad del 39.28% (Coronavirus en Ciudad del Carmen, 2021).

A nivel estatal, únicamente se cuentan con 6 unidades hospitalarias destinadas a la atención de la COVID-19, de las cuales únicamente 2, se encuentran en el municipio de Carmen, siendo el

Hospital General María del Socorro Quiroga Aguilar y el Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Adicional a ello, la Clínica del ISSSTE, el Hospital General de PEMEX y la Clínica Naval, se han sumado a la atención de este tipo de enfermedad, dependiendo del tipo de derechohabencia que maneja (Secretaría de Salud, 2020a).

Si bien, el Estado de Campeche es uno de los que menor frecuencia de casos reportados de COVID-19, ha registrado a nivel nacional, no significa que la probabilidad de tener casos sin diagnóstico oportuno, así como de personas con necesidad de atención a su salud sea menor a las demás entidades del país. El municipio de Carmen, por ser el de mayor actividad laboral y motor económico de la entidad, recibe un flujo constante de gente proveniente de muchas entidades del país y del extranjero, por lo que la movilidad de personas es muy alta e incrementa la posibilidad de contagios.

La importancia de este estudio radica en el hecho de que el municipio del Carmen, es el primero de la región sur del país en contar con un módulo dedicado a la atención de personas con COVID-19, operado exclusivamente con recursos municipales, por lo que no se disponen de parámetros de medición para cuantificar sus beneficios, así como de ser un probable modelo a seguir, si las buenas prácticas así lo permiten, por los demás municipios de la región.

Los objetivos de este estudio son, en primer lugar, determinar la prevalencia de COVID-19 en los pacientes que acuden al módulo municipal de salud en Ciudad del Carmen, Campeche, en el periodo comprendido de julio 2020 a febrero 2021; caracterizar socio-demográficamente a la población estudiada, identificar el manejo farmacológico de mayor frecuencia utilizado y establecer la presencia de comorbilidades de mayor frecuencia.

Metodología

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes que acudieron al módulo municipal de salud, en Ciudad del Carmen, Campeche, durante el periodo comprendido de julio 2020 a febrero 2021 en los turnos matutino y vespertino de atención. Al ser un estudio de prevalencia y dado que se optó por incluir a

toda la población atendida, no fue requerido realizar un cálculo de muestra, puesto que se trató de un estudio censal.

Los instrumentos utilizados para la realización de este estudio fueron:

- Formato de Historia Clínica, de acuerdo al contenido reglamentario con base en la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico), la cual consta de los siguientes apartados:
- Interrogatorio. El cual contiene: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluyendo tabaquismo, alcoholismo, drogas) y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física. Consistiendo en: habitus exterior, signos vitales, peso y talla, así mismo, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Indicación terapéutica.
- Nota de evolución.
- De igual forma, se requirió del siguiente instrumental para su realización:
- Dos estetoscopios Lightweight II SE 3M Littman, para la exploración física de campos pulmonares y toma de la presión arterial.
- Cuatro esfigmomanómetros aneroides WelchAllyn, tamaño adulto, para la toma de la presión arterial.
- Cinco oxímetros de pulso, marca ChoiceMMed, para la toma de los valores de saturación parcial de oxígeno.
- Dos lámparas de diagnóstico tipo pluma, marca Hergom.

El procedimiento de recolección de datos fue de la siguiente manera:

1. Registro y agenda de citas.

Las pacientes procedían a sacar cita vía telefónica, en donde proporcionaban datos como nombre, edad y motivo de consulta, con ello, se realizaba el registro para agendar la consulta, ya sea en la

mañana o por lo tarde. Los pacientes que acudían sin cita, se les atendía dependiendo de la disponibilidad de horarios de ese día, priorizando a los más urgentes.

2. Consulta médica y recopilación de datos clínicos.

Se realizaba la historia clínica a todos los pacientes, de acuerdo al formato estandarizado de la NOM-004-SSA3-2012, que incluye los apartados de ficha de identificación, motivo de consulta, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, así como un apartado para identificar signos y síntomas asociados COVID-19. Posteriormente, se efectuaba la exploración física de manera detallada, la cual incluía, la toma de signos vitales (frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, presión arterial y saturación de oxígeno), así como la exploración física a detalle del aparato o sistema con mayor malestar general.

3. Detección de casos compatibles con COVID-19.

Si al interrogatorio y/o exploración física, se encontraban datos compatibles con COVID 19, de baja intensidad, se efectuaba el llenado del formulario de solicitud para la realización de la prueba de PCR en el área de Epidemiología de la Secretaría de Salud y se le aplica tratamiento de acuerdo al cuadro clínico presentado. En caso de que se tratara de pacientes sospechosos pero asintomáticos, se les brindaba tratamiento sintomático, pero, no se les solicitaba la realización de la prueba. Cuando los pacientes mostraban el cuadro clínico franco de la enfermedad, de forma inmediata, se comenzaba con el tratamiento, conforme a las necesidades del paciente y ya no se solicitaba la prueba de PCR.

4. Consulta domiciliaria.

En caso de que los pacientes no pudieran acudir a las instalaciones del módulo, de igual forma y por medio de citas, ya sea vía telefónica o de carácter presencial, a través de algún familiar o conocido, se realizaba el registro para agendar el día de la consulta domiciliaria, utilizando los mismos criterios de atención como ya se hizo mención anteriormente.

5. Almacenamiento de la información.

Todos los datos recabados, tanto del módulo como de la atención domiciliaria, se registraban en los expedientes clínicos de cada paciente. La información contenida en ellos, fue capturada en una base de datos de Microsoft Excel 2010 para Windows, para su posterior análisis estadístico.

Las consideraciones éticas estuvieron adheridas a lo que se establece en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de 1987 (SSA, 2014), que hace referencia de que los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse a lo que señala el artículo 14, fracción I, V, VII y VIII, en el cual se determinan los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (artículo 13). De igual manera, se cuidó la privacidad de los datos de identificación de los pacientes y la confidencialidad de la información, tal y como se señalan en el artículo 16 y artículo 21, fracción VII y VIII.

Para el análisis estadístico se utilizaron los datos obtenidos de las historias clínicas realizadas a la población. Se elaboraron bases de datos utilizando Microsoft Excel para Windows 2010 para el análisis de forma descriptiva de las variables. Se obtuvo la frecuencia de las variables sociodemográficas del total de la población, tales como: Sexo, edad, estado civil, religión, nivel académico y tipo de convivencia. Se plasmaron los datos de las variables descriptivas de: tratamientos farmacológicos más prescritos y comorbilidades. Finalmente se calculó la prevalencia de los casos positivos de la COVID-19 en la población que acudió en el periodo de julio 2020 a febrero de 2021.

Se calculó la prevalencia de la COVID-19, en para dos grupos diferentes. El primero de ellos, considerando únicamente los casos confirmados mediante la prueba PCR (confirmación por laboratorio). Para ello, se contempló el número total de casos confirmados entre el total de pacientes atendidos en el módulo durante el periodo de estudio. El segundo, se calculó una prevalencia más amplia, al incluir los casos confirmados por prueba PCR y a los que tuvieron un diagnóstico clínico positivo, sin prueba PCR. En este sentido, se sumaron ambos grupos de casos (PCR + diagnóstico clínico), y se dividió entre el número total de pacientes atendidos en el periodo del estudio. Este último cálculo, fue realizado con la finalidad de tener una visión más global del impacto de la enfermedad en la población estudiada.

Resultados

Fueron un total de 2526 personas atendidas. De las cuales, el 59% (1490), se trató del sexo masculino y el 41% (1036), del femenino. En el 78.58% (1985), de los casos, la atención se realizó en la clínica del módulo y el 21.41% (541), se hizo en el domicilio de las personas.

Los datos socio demográficos de la población se describen en la tabla 1 (ver tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población

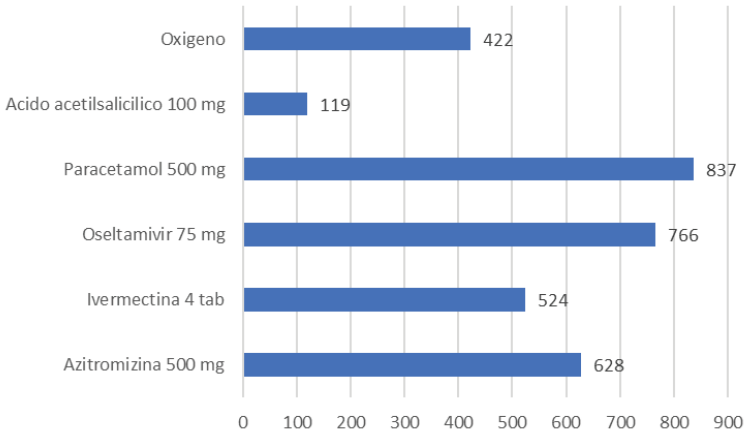
Sexo	N	%
Hombre	1490	59
Mujer	1036	41
Edad		
0 a 14	51	2
15 a 29	328	13
30 a 59	1617	64
60 y más	530	21
Estado civil		
Soltero	758	30
Casado	707	28
Unión libre	555	22
Otro	505	20
Religión		
Católica	1844	73
Otra religión	101	4
No creyente	581	23
Nivel académico		
No sabe leer ni escribir	50	2
Sabe leer y escribir	101	4
Básica	1313	52
Nivel medio superior	531	21
Superior	531	21
Tipo de convivencia		
Solo	707	28
En pareja	985	39
Mas de 2 personas	834	33

Nota: Elaboración propia 2021.

En relación al listado de fármacos que tuvieron mayor frecuencia en su prescripción, se destaca como el de mayor frecuencia, el uso del paracetamol de 500 mg (ver figura 2).

Figura 2

Fármacos de administración más frecuente.



Nota: Elaboración propia 2021.

En el 78% (1970) de la población valorada se presentaron antecedentes de comorbilidad y el 22% (556), no manifestó padecerlas. Las comorbilidades más frecuentes fueron: Hipertensión arterial 42% (834); Diabetes 26% (505); Artritis 19% (379); Infartos y Enfermedades Pulmonares con el 5% (101), cada uno y; Cáncer con el 3% (50).

Los casos confirmados como positivos mediante la realización de la prueba PCR, en el área de Epidemiología de la Secretaría de Salud y que estuvieron bajo atención del módulo fueron de 981 casos, sin embargo; el número de personas sin prueba y con cuadro clínico característico de la enfermedad fue notablemente mayor, siendo un total de 1735 personas.

La prevalencia de la enfermedad, tomando en consideración el número de personas atendidas en el módulo y los casos confirmados, mediante la prueba PCR, es de:

$$P = \frac{\text{Número de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

Por lo tanto, se tiene que:

$$P = \frac{981}{2526} = 0.388 * 100 = \underline{\underline{38.80\%}}$$

Por otro lado, la prevalencia de la enfermedad, tomando en consideración el cuadro clínico característico al interrogatorio y la exploración física, sería:

$$P = \frac{1735}{2526} = 0.686 * 100 = \underline{\underline{68.68\%}}$$

Discusión

En este estudio, se apreciaron diferencias en la prevalencia de contagio entre grupos con condiciones sociodemográficas distintas. Se observa que, al considerar el cuadro clínico y exploración física como parte de los elementos de confirmación diagnóstica adicionales a las pruebas de laboratorio efectuadas, la cantidad de personas con probabilidad de contagio se eleva significativamente en un 30% (754) de la población. Este enfoque, permite una visión más global del impacto de la enfermedad en la población de Ciudad del Carmen.

El nivel de escolaridad, fue uno de los factores más relevantes, de acuerdo al presente estudio. El nivel más bajo, el que mayor prevalencia de contagio presentó, tal y como refiere Hernández (2020), así como la condición social desfavorecedora (Ser indígena y analfabeta), señalado por Ortiz & Pérez (2020). Sin embargo; este hecho, no debe interpretarse en el sentido de que esta enfermedad afecta principalmente a la población de menores recursos económicos, sino como que, son las condiciones de su entorno, las que propician la desigualdad en la calidad de los servicios y la accesibilidad a los mismos.

En relación al sexo, este estudio, encontró que el masculino es el de mayor frecuencia de contagio, tal y como manifiesta Trevi-

ño (2020), en donde hace referencia que ello puede obedecer a la exposición más frecuente con diversas personas y la diversidad de escenarios en los que se desenvuelve la población masculina. Así mismo, Montes de Oca et al (2021), coinciden al profundizar en dichas aseveraciones al señalar que factores atribuidos a los comportamientos sociales asociados al género y de formas distintas de responder a las recomendaciones emitidas por las autoridades para la prevención de la enfermedad, son aspectos a destacar en la población masculina. Enfatizan en las altas tasas de informalidad laboral en el país (60%), lo que generó que muchas personas salieran a trabajar, aumentando así el riesgo por confinamiento, siendo en este caso, mayoritariamente, la población masculina.

De acuerdo con Treviño (2020), quién indica que los rangos de edad más afectados por la enfermedad, van de los 30 a los 59 años, siendo el de mayor prevalencia el grupo comprendido entre 40 a 49, el presente estudio reportó resultados similares al estudio anterior, en donde los rangos de edad con mayor afectación van precisamente, de los 30 a los 59, seguido por grupos de edad de 60 y más. Por lo que demuestra que la edad de predominio se da principalmente en adultos jóvenes, que se encuentran precisamente en una edad productiva, seguido por adultos mayores.

Banerjee y Nair, (2020); Carvajal, (2020); Marcos, (2020); Montes de Oca & Ramírez-García, (2021); y PNUD, (2020), coinciden al señalar que las condiciones socio demográficas juegan un papel preponderante en cuanto al riesgo de exposición y contagio por COVID-19, siendo el sexo, la edad, nivel socio económico y tamaño de la población las más determinantes en ese sentido.

En relación a la terapia farmacología empleada, Moneriz & Castro (2020), así como Pérez et al (2020), coinciden en que, hasta el momento, no existe una terapia farmacológica específica para el tratamiento de la enfermedad y que lo importante al respecto, es atender a los pacientes infectados, de acuerdo a la sintomatología presentada y las posibles complicaciones derivado del cuadro clínico presente. Los fármacos utilizados hasta el momento del presente estudio, carecen todavía de un profundo rigor científico que los acredite como específicos para el tratamiento de la enfermedad.

En este estudio, el fármaco de mayor empleo para el tratamiento de la sintomatología provocada por la enfermedad, fue el Paracetamol de 500 mg. Al respecto, la PAHO (2020), recomienda que ante

la falta de evidencia y en casos en donde se manifiesten síntomas de la enfermedad, prioriza el uso del mismo, siendo el fármaco que, hasta el momento, no tenga evidencia científica de provocar un agravamiento en su uso para el tratamiento de los síntomas de la infección.

En esta investigación, se hace referencia a la necesidad de la administración de oxígeno suplementario en pacientes con COVID-19, como medida terapéutica, tal y como señala Guan et al (2020), reafirmados por WHO (2020a), quién, además refiere parámetros de dosificación de acuerdo al cuadro clínico de los pacientes infectados. Lo que destaca a este tratamiento como parte importante del arsenal terapéutico a considerar.

En relación a las comorbilidades encontradas, existe plena coincidencia entre los estudios realizados por Hernández (2020), Ortiz & Pérez (2020), Treviño (2020) y el presente estudio, al señalar que las principales afectaciones de la enfermedad, se presentan en personas con antecedentes de comorbilidades previas, siendo así mismo, las que con mayor frecuencia se encuentran entre la población mayor a 30 años de edad, siendo en primera instancia, hipertensión arterial, obesidad y diabetes. Ello explica el porqué de las altas cifras de contagio en la población mexicana, la cual ocupa los primeros lugares en obesidad y diabetes a nivel mundial.

Conclusiones

La amplia prevalencia encontrada durante el periodo de realización de este estudio, deja entrever la alta propagación de la enfermedad en la población. Es primordial que, para tener una visión más vasta del contexto, se deben considerar no solamente los diagnósticos realizados a través de confirmación clínica mediante la prueba RT-PCR, sino también, incluir los casos diagnosticados a través de la exploración física.

De igual manera, pone de manifiesto, la relevancia de contar con una mayor cantidad de pruebas de laboratorio para aplicarse a la población blanco. La exploración física constituye una herramienta valiosa para establecer el diagnóstico clínico de la enfermedad, que, combinada de buena forma con la aplicación de las pruebas de confirmación diagnóstica pertinente en los tiempos en que sea

prudente realizarla (a los dos días después del contagio), así como el manejo de acuerdo al cuadro clínico que experimente el paciente, mejorarían notablemente la calidad de la atención de la población.

No existe evidencia científica contundente acerca de los fármacos de uso específico para el tratamiento de la enfermedad. El manejo multi e interdisciplinario es fundamental para la atención de los pacientes infectados. La administración de oxígeno suplementario en etapas tempranas de la enfermedad y con déficit de oxígeno, es fundamental para evitar la descompensación y agravamiento de la enfermedad hacia estadios más graves y que pueden conducir a la muerte de las pacientes.

Referencias

- Arabi YM, Mandourah Y, Al-Hameed F, Sindi AA, Almekhlafi GA, et al. *Corticosteroid therapy for critically ill patients with middle east respiratory syndrome*. Am J Respir Crit Care Med. 2018;197(6):757-767. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm>
- Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. *COVID-19 por SARS-CoV- 2: la nueva emergencia de salud*. [Internet]. Rev Mex Pediatr 2019;86(6):213-218. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2019/sp196a.pdf>
- Banerjee, Debanjan, y Vasundharaa Nair (2020). “*The untold side of Covid-19: Struggle and perspectives of the sexual minorities*”. Journal of Psychosexual Health 2 (2): 113-120. DOI: 10.1177/2631831820939017
- Carvajal, Santiago (2020). “*Impactos del Covid-19 en personas LGTB*” [en línea]. De justicia. <https://www.dejusticia.org/impactos-del-covid-19-en-personas-lgbt/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Coronavirus. Human coronavirus types*. [Internet]. USA: CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>
- Coronavirus en Ciudad del Carmen*. Consultado el 06 de marzo de 2021. Disponible en: <http://www.gncys.com/covid19/covid19-municipio.aspx?edoid=CC&munid=003>

- Gobierno de México (2021). *COVID-19 México, Información general*. Consultado el 06 de marzo de 2021. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., Liu, L., Shan, H., Lei, C. L., Hui, D., Du, B., Li, L. J., Zeng, G., Yuen, K. Y., Chen, R. C., Tang, C. L., Wang, T., Chen, P. Y., Xiang, J., Li, S. Y. (2020) *China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China*. The New England journal of medicine, 382(18), 1708–1720. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
- Hernández, H. (2020). *Mortalidad por covid-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico*. Notas de coyuntura del CRIM. No. 36, México, CRIM-UNAM, 7 pp. Disponible en: https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_036_hector-hernandez-mortalidad-por-covid-19_0.pdf
- INEGI (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/camp/poblacion/>
- Lane DJ, Lis S, Scales D. *Classification versus prediction of mortality risk using the SIRS and qSOFA scores in patients with infection transported by paramedics*. Prehosp Emerg Care. 2019;19:1-8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10903127.2019.1624901?journalCode=ipec2>
- Li Q., Guan X., Wu P., Wang X., Zhou L., Tong Y. (2020). *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N Engl J Med. 382:1199– 1207. 10 1056 / NEJMoa2001316
- Marcos, L. (2020). “*Covid-19 y envejecimiento: ¿por qué afecta más a las personas mayores?*” [en línea]. Muy Interesante. <https://www.muyinteresante.com/salud/18033.html>
- Moneriz C. & Castro C. (2020). *Fármacos prometedores y potenciales para el tratamiento de COVID-19*. Rev Chilena Infectol 37 (3): 205-215. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v37n3/0716-1018-rci-37-03-0205.pdf>
- Montes de Oca, V. y Ramírez, T. (2021). *El impacto del Covid-19 en el envejecimiento en México. Un análisis a partir de la protección social y la situación socioeconómica de las personas mayores*. En prensa.
- Montes de Oca, V.; Alonso, M.; Montero, M. & Vivaldo, M. (septiembre 2021). *Sociodemografía de la desigualdad por*

- Covid-19 en México*. Revista Mexicana de Sociología 83. <http://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v83ne2/490-v83ne2a3>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. [Internet]. Ginebra, Suiza. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavi-rus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Ortiz-Hernández L, Pérez-Sastré MA. (2020). *Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana*. Rev Panam Salud Publica. 44:e106. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.106>
- PAHO. (18 de marzo de 2020). *Ibuprofeno y COVID-19*. [Internet]. <https://www.paho.org/es/documentos/ibuprofeno-covid-19-washington-dc-18-marzo-2020>
- Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, Wang R, et al. *Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study*. [Internet]. The American Journal of Gastroenterology; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7172492/>
- Pérez-Barragán E, Cabrera-Rayó A, Cárdenas-Bravo L, Márquez-Díaz F y col. (2020). *Esquemas de tratamiento para pacientes confirmados*. Med Int Méx.; 36 (Suplemento2): S35- S40. <https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4199>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2020). *“Desarrollo humano y Covid-19 en México: desafíos para una recuperación sostenible”* [en línea]. <https://reliefweb.int/report/mexico/desarrollo-humano-y-covid-19-en-m-xico-desaf-os-para-una-recuperaci-n-sostenible>
- Russell C, Millar J, Baillie J. *Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury*. The Lancet. 2020;395:473-475. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930317-2>
- Secretaría de Salud. (2014). *Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 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
- Secretaría de Salud. (2020a). *Gobierno del Estado de Campeche. Comunicado 0705, 17 de mayo de 2020*. Disponible

- en: <http://www.campeche.salud.gob.mx/index.php/secretaria-de-salud/obligaciones-comunes-de-la-secretaria-de-salud/xxxiii-convenios-de-coordinacion/xxxiii-convenios-de-coordinacion/3760-conveniomodificatoriocamp-2>
- Secretaría de Salud. *Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19*. [Internet]. México: SSA; 2020b. Disponible en: <http://cvoed.imss.gob.mx/lineamiento-para-la-atencion-de-pacientes-por-covid-19/>
- Tesini, B. (2020). *Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS y SARS)*. [Internet]. UK: MSD Manuals. Disponible en: <https://www.msmanuals.-com/es/professional/enfermedades-infec-ciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-s%C3%ADndromes-respiratorios-agudos-covid-19,-mers-y-sars>
- The New York Times. (2021). Universidad Johns Hopkins, Baltimore, MD, Estados Unidos. Consultado el día 06 de marzo de 2021.
- Trevino C, Jesus. (2020). Demografía, comorbilidad y condiciones médicas de los pacientes hospitalizados por Covid-19 en México. *Middle Atlantic Review of Latin American Studies*. 4. 49. 10.23870/marlas.317.
- Wang W., Tang J., Wei F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol*. 92:441–447. DOI: 10.1002/jmv.25689
- World Health Organization (2020a). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*. Interim guidance. Ginebra, Suiza: WHO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>

CAPÍTULO 4

PREVALENCIA DE MIOMATOSIS Y ADENOMIOSIS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL GENERAL JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN

***JOSÉ MANUEL ROSALES-ORGANISTA**

*Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
Hospital de Gineco Pediatría No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro
Social, Ciudad del Carmen, Campeche, México
e-mail: manu11pepe@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-7077-5068>*

MARÍA VERÓNICA JUÁREZ-LÓPEZ

*Maestra en Administración de Hospitales y Salud Pública
Hospital General Jose María Morelos Y Pavón del ISSSTE,
Ciudad de México, México
e-mail: verogo@hotmail.com*

MANUEL ANTONIO LÓPEZ-CISNEROS

*Doctor en Ciencias de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, Campeche, México
Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México
e-mail: mlopez@pampano.unacar.mx
<https://orcid.org/0000-0002-9384-5752>*

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: Poder determinar cuál es la prevalencia de la miomatosis y adenomiosis uterina en las pacientes histerectomizadas en el hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón”. **Metodología:** La siguiente investigación tiene su base en un estudio tipo retrospectivo, observacional y transversal. Recursos: El estudio se llevó a cabo en el hospital General “Gral. José María Morelos y Pavón”, ocupando sistemas de cómputo, tabletas digitales, hojas e

impresiones para recolección de datos, así como también recursos humanos y materiales que son necesarios, y que se requieren para el estudio. Tiempo a desarrollarse: A partir del 1 del mes de enero del 2021 hasta el 31 del mes de diciembre del 2023. **Resultados:** Existe una prevalencia del 55.2 por ciento de adenomiosis más miomatosis en las pacientes con HTA en el hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón”. **Discusión:** La literatura reporta que las pacientes que son diagnosticadas con miomatosis presentan además adenomiosis en un 30 por ciento de los casos, lo cual coincide con esta investigación que reporta un 55.2 por ciento de incidencia. **Conclusiones:** Se alcanzaron los objetivos de investigación y se confirmó la hipótesis planteada.

Palabras clave: Miomatosis, adenomiosis, histerectomía, prevalencia.

Introducción

La miomatosis uterina¹ representa un problema en la salud pública que se presente en gran parte de la población femenina en nuestra población; con mayor prevalencia en la edad reproductiva. Esta patología, en conjunto con la adenomiosis¹³ uterina son enfermedades benignas que ocasionan serios problemas de salud en las pacientes con útero; con una prevalencia cada vez mayor de ambas patologías en conjunto. Frecuentemente la mayoría de los síntomas de estas enfermedades puede confundirse con otros problemas de salud ginecológica, muchos de los cuales han sido tratados en el hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón” con una histerectomía total abdominal²⁵.

Se realizó un análisis completo de todos los hallazgos por medio de los diferentes tipos de diagnóstico como la historia clínica, el ultrasonido y posterior de la intervención quirúrgica el resultado de patología de las pacientes histerectomizadas por una patología ginecológica benigna (adenomiosis o leiomiomatosis) en el HG-GJMMYP del 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2023 logrando revelar la prevalencia de estos padecimientos y la presencia de más de uno de estos problemas de salud en las pacientes que fueron recibidas en la consulta externa de ginecología durante el tiempo antes mencionado.

El siguiente trabajo de investigación dará a conocer la prevalencia de la miomatosis uterina más adenomiosis en las pacientes hysterectomizadas por patología ginecológica benigna en el HG-GJMYP, con el objetivo de fortalecer los métodos de diagnóstico utilizados en el mismo hospital, lo que permitirá una mejoría en la atención médica de las pacientes en los años próximos, con la finalidad de disminuir y prevenir estos problemas de salud pública así como también disminuir las morbilidades asociadas a estos, favoreciendo el ahorro de recursos humanos, económicos y financieros al hospital, al ISSSTE y al Sistema Nacional de Salud.

Metodología

El diseño del estudio fue observacional y de tipo transversal. La población del estudio fueron aquellas pacientes con miomatosis uterina y adenomiosis hysterectomizadas en el Hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón”. El Universo de trabajo fueron pacientes con miomatosis y adenomiosis hysterectomizadas en México. El tiempo de ejecución fue del 1 del mes de enero de 2021 al 31 del mes de diciembre de 2023.

Los Criterios de inclusión fueron pacientes con edad mayor a dieciocho años Pacientes que cuentan con expedientes completos, pacientes hysterectomizadas con diagnóstico de miomatosis y adenomiosis en el período del primero de enero del 2021 al treinta y uno de diciembre del 2023. Los Criterios de exclusión fueron pacientes menores de edad, pacientes embarazadas, pacientes hysterectomizadas por otras causas, diagnósticos diferentes a la miomatosis y a la adenomiosis.

Los *Criterios de eliminación* fueron pacientes con expedientes incompletos, pacientes que no deseen colaborar con la presente investigación, pacientes que no quieran firmar el consentimiento informado.

El muestreo no probabilístico por conveniencia tomando en cuenta los expedientes de todas aquellas pacientes que fueron sometidas a hysterectomía total abdominal secundaria a miomatosis y adenomiosis en el hospital Gral “General José María Morelos y Pavón” durante el 1 del mes de enero del 2021 al 31 del mes de diciembre del 2023.

Se realizó una investigación en el campo en el Área de Información Médica y Archivo Clínico para determinar a la población atendida durante el período de estudio mencionado en el hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón”, debido a que se trata de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia no fue necesario llevar a cabo un cálculo adicional del tamaño de muestra.

Descripción operacional de las variables:

Variabes Dependientes: Histerectomía total abdominal.

Variabes Independientes: Edad, gestas, ectópico, obesidad, hemorragia anormal, dismenorrea, diagnóstico.

Operación de variables

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Edad	Años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de aplicación de la encuesta.	Años cumplidos que manifiesta el encuestado a la fecha.	Independiente Cualitativa Intervalos	1. 27 a 37 2. 38 a 47 3. 48 a 47 4. 58 a 66
Gestas	Hace referencia a los embarazos.	Número de embarazos que ha tenido una paciente.	Independiente Cualitativa	1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5 7. 6 8. 7
Ectópico	Embarazo que se suscita fuera del útero.	Número total de embarazos fuera del útero.	Independiente Cualitativa	1. 0 2. 1 3. 2
Obesidad	Enfermedad crónica en la que se almacena grasa corporal.	Proceso de acumulación de grasa en las personas	Independiente Cualitativa intervalos	1. Obesidad 2. Sobrepeso 3. Normal 4. Delgadez
Hemorragia anormal	Sangrado que es diferente en cantidad, frecuencia, duración o regularidad al ciclo menstrual.	Patología en la que las pacientes suelen tener sangrados irregulares fuera del ciclo menstrual.	Independiente Cualitativa	1. Aumento en cantidad 2. Aumento en cantidad y duración 3. Aumento en tiempo 4. Sin alteración
Tamaño de miomas	Es el tamaño que presentan los miomas al diagnóstico	Tamaño de miomas en ultrasonido	Cuantitativa Nominal	1. Mediano 2. Grandes 3. Pequeños
Dismenorrea	Dolor que experimentan las mujeres durante el ciclo menstrual. Es intenso y frecuente.	Padecimiento menstrual que se caracteriza por dolor intenso.	Cualitativa Dicotómica	1. No 2. Si

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Diagnostico	Identificación de un padecimiento o enfermedad.	Resultado obtenido como diagnóstico médico.	Cualitativa Nominal	1. Adenomiosis 2. Leiomiomatosis 3. Leiomiomatosis más adenomiosis 4. Exo y Endocervicitis

Por todos los objetivos que se buscan conseguir en la presente investigación se utilizó a la técnica de estudio cuantitativa para realizar el análisis estadístico de todos los datos y el procedimiento de estudio transversal.

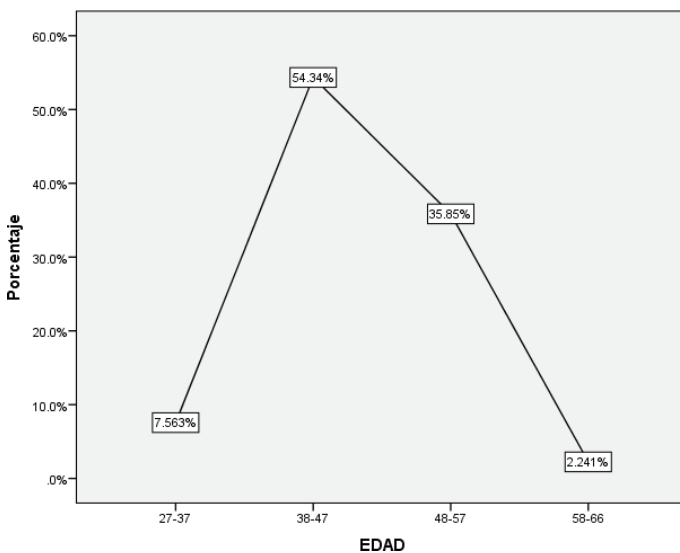
Se realizó una revisión observacional, retrospectiva y transversal de la información obtenida que se organizó en hojas de cálculo de Excel permitiendo realizar una base de datos proveniente de la información obtenida, después de eso se analizó de forma estadística utilizando el software SPSS versión 22.

Resultados

El período total de estudio de la investigación presente comprende del 1 enero de 2021 al 31 diciembre 2023, donde se realizaron un total de 357 histerectomías de tipo total abdominal secundarios a miomatosis uterina y/o adenomiosis, donde las pacientes presentaron una mínima edad de 27 años y máxima edad de 66 años. Debido a que existen resultados muy diversos se resolvió agrupar en rangos de 10 años la edad de las pacientes, siendo la más frecuente la que va de 38 a 47 años con un total de 194 mujeres, equivalentes a 54.3 por ciento, rango seguido por el de 48 a 57 años con 128 pacientes que son igual a 35.8 por ciento, en tercer lugar el rango que va de 27 a 37 años con 28 pacientes, es decir, 7.56 por ciento y la edad menos frecuente es la de 58 a 66 años con una frecuencia de 7 pacientes, que se traduce a un 2.2 por ciento de todas las participantes, lo cual en base con la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p = 0.2$) presenta una distribución paramétrica o normal, como se presenta en la siguiente Gráfica 1.

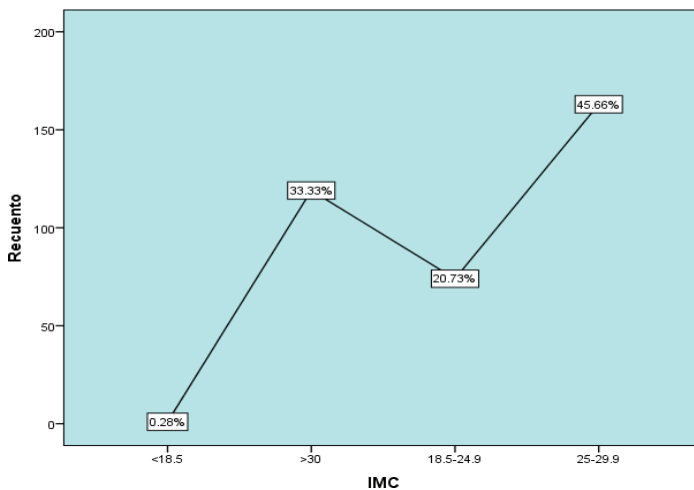
Gráfica 1

Edades de pacientes incluidas en estudio.



Gráfica 2

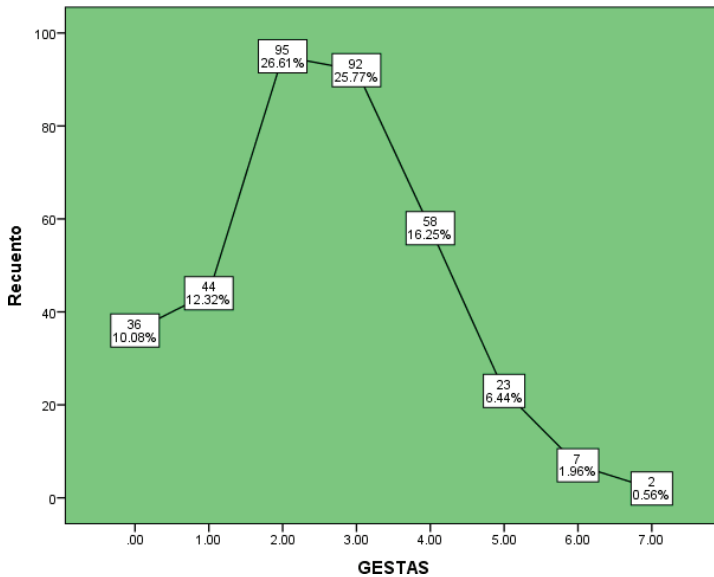
Índice de masa corporal de pacientes incluidas en estudio.



Respecto a la presencia de obesidad en las pacientes se obtuvieron los siguientes resultados, existe un total de 33.3 por ciento de obesidad en las pacientes, 45.66 por ciento se encuentran en un índice de masa corporal de veinticinco a 29.9, 20.7 por ciento clasificadas con peso corporal normal con IMC que abarca de 18.5 a 24.9 y una sola con índice de masa corporal que fue menor de dieciocho, información que se puede constatar en la Gráfica 2.

Gráfica 3

Numero de gestas de pacientes incluidas en el estudio



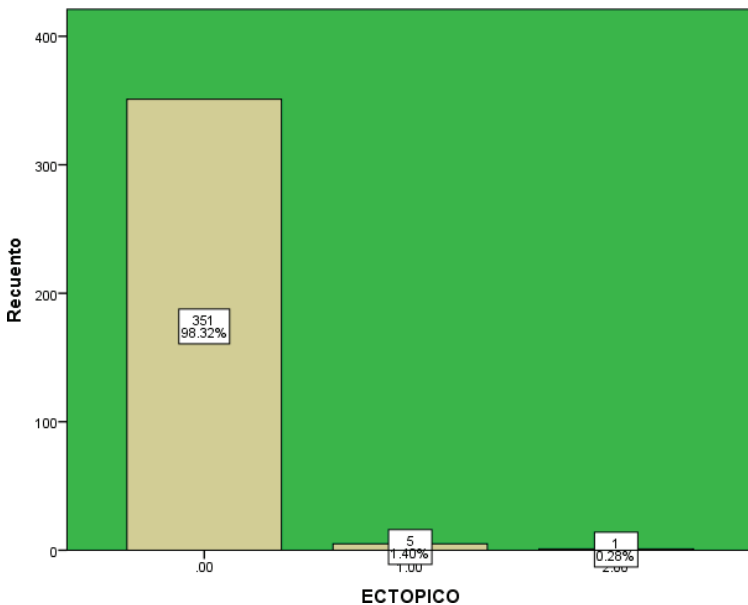
En cuanto al número de embarazos presentes en las pacientes, el 10.08 por ciento, es decir, 36 pacientes no han tenido embarazos, 26.6 por ciento, que se traduce como 95 pacientes han tenido dos embarazos, 92 pacientes, que son igual

25.77 por ciento han tenido tres embarazos, 58 pacientes, es decir, 16.2 por ciento, presentaron cuatro embarazos, 44 pacientes que son igual a 12.3 por ciento han tenido un embarazo, 23 pacientes equivalentes a 6.4 por ciento han tenido 5 embarazos, 1.96 por ciento seis embarazos y 0.56 por ciento, es decir, dos pacientes

han tenido 7 embarazos, como se puede constatar en la anterior Gráfica 3.

Gráfica 4

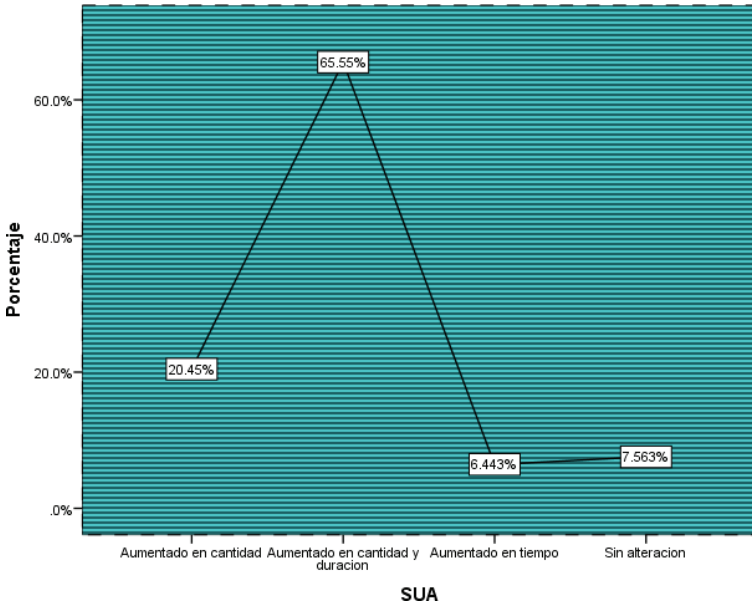
Antecedente: embarazo ectópico



Al ser el embarazo ectópico un factor influyente en el riesgo que se menciona en la literatura se ha incluido esta variable de investigación, donde 351 pacientes, es decir, 98.3 por ciento, no ha tenido embarazos ectópicos, 1.4 por ciento, que equivale a cinco pacientes han tenido un embarazo ectópico y una paciente, que se traduce como 0.28 por ciento ha presentado dos embarazos ectópicos, resultados que se aprecian en la Gráfica 4.

Gráfica 5

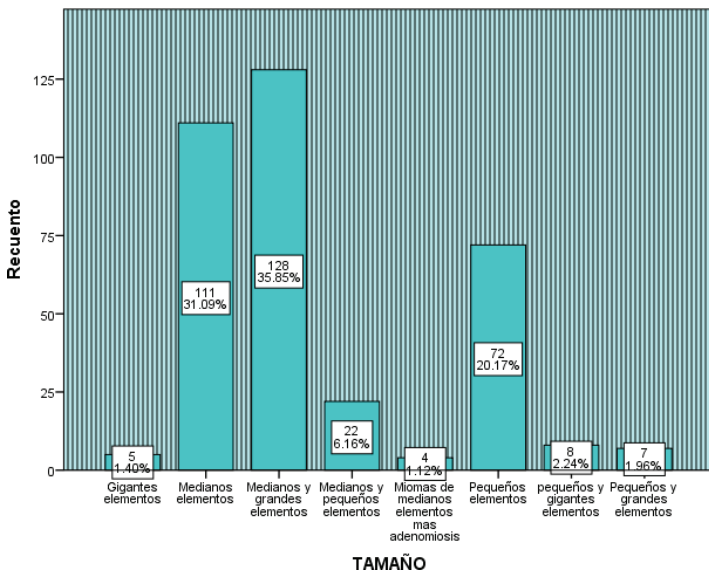
Presencia de sangrado uterino anormal antes de la intervención quirúrgica



El sangrado abundante se denomina hemorragia anormal, por lo que en el presente estudio se incluye su análisis, donde sólo 27 pacientes equivalentes a 7.56 por ciento no presentan hemorragia anormal, 73 de ellas, que son igual a 20.45 por ciento tienen sangrado aumentado en cantidad, 65.55 por ciento, que equivalen a 234 pacientes y que representan el mayor porcentaje presentan sangrado aumentado en cantidad y duración, 23 pacientes que representan el 6.44 por ciento presentan aumento en el tiempo de duración del periodo menstrual, como se puede constatar en la Gráfica 5.

Gráfica 6

Miomatosis, tamaño por USG

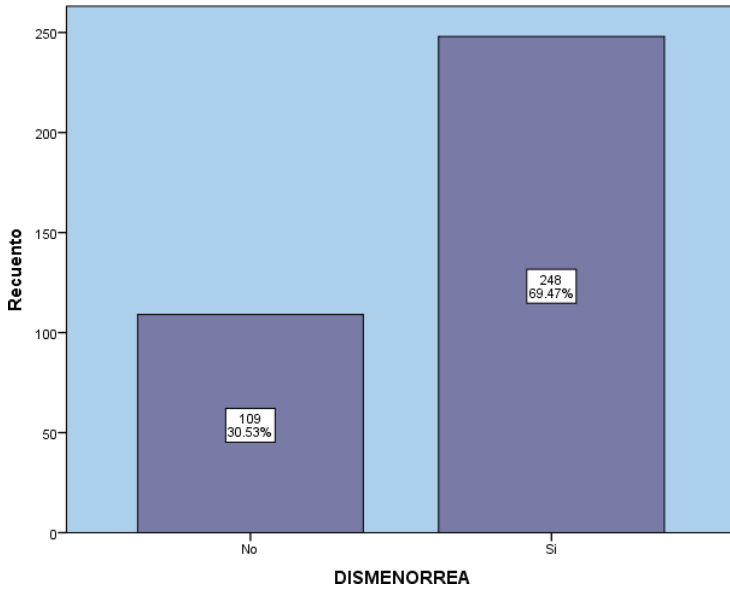


En cuanto al tamaño de los miomas según el reporte de ultrasonido previo a la intervención quirúrgica la mayor prevalencia la tuvo la miomatosis uterina de medianos elementos y de miomas de grandes elementos con 128 casos que representa 35.85 por ciento. 22 pacientes contaban con diagnóstico de miomatosis uterina, tanto como de pequeños, así como de medianos elementos, representando el 6.16 por cierto, 111 pacientes con el diagnóstico de miomas de medianos elementos que representan 31.09 por cierto. 72 casos que representa el

20.17 por cierto tenían el diagnóstico de miomas de pequeños elementos y otros diagnósticos con menor prevalencia, como se constata en la Gráfica 6.

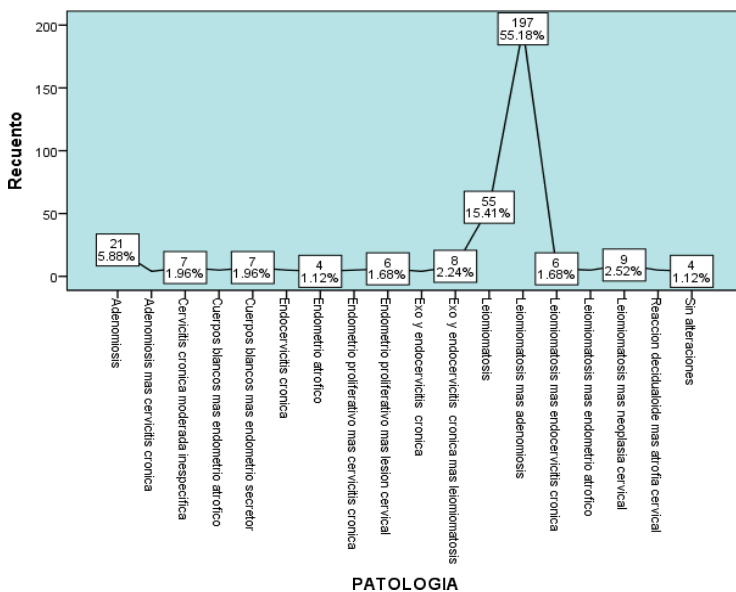
Gráfica 7

Presencia de dismenorrea



En cuanto a la dismenorrea 30.5 por ciento, es decir, 109 de las pacientes no presentan dismenorrea, pero 69.47 por ciento, que se traducen a 248 pacientes sí tienen dismenorrea, como reporta la Gráfica 7.

Gráfica 8
Resultado de patología



En cuanto al diagnóstico por patología de las pacientes sometidas a una histerectomía total abdominal hay resultados muy diversos, 21 pacientes, es decir,

5.88 por ciento fueron diagnosticadas con adenomiosis, 55 pacientes, que son igual a 15.4 por ciento presentaron leiomiomatosis, 1.1 por ciento, es decir, 4 pacientes presentaron exo y endocervicitis crónica y endometrio atrófico, 8 pacientes que son equivalentes a 2.2 por ciento presentaron exo y endocervicitis crónica más leiomiomatosis, 9 pacientes que equivalen a 2.5 por ciento presentaron leiomiomatosis más neoplasia cervical y el diagnóstico más frecuente fue leiomiomatosis más adenomiosis con 197 pacientes que se traducen en 55.18 por ciento, los demás diagnósticos tuvieron una representación menor a 10 pacientes pero que no se relacionan con los objetivos de esta investigación. Los resultados del diagnóstico son observables en la Gráfica 8.

Discusión

De los principales factores de riesgo de la miomatosis y la adenomiosis uterina es la edad. En México la Secretaría de Salud (2009)⁴, afirma que estos problemas de salud están presentes sobre todo en personas en edad reproductiva, mientras que la FASGO (2007)⁵, sostiene que entre el 70 y 80 por ciento de mujeres tendrá miomas en su vida; Hernández y cols. (2017)², y KlinicalKey (2021)¹⁰ señalan que la probabilidad de presentar miomas se acrecienta con la edad, siendo más prevalente entre los treinta y cincuenta años, lo mismo señalan Parazzini y cols. (2009)²⁰ y Taran y cols. (2013)²¹, con respecto a la adenomiosis, afirmando que se trata de un padecimiento que aumenta con la edad, afirmaciones que se confirman en esta investigación donde las pacientes más jóvenes tienen veintisiete años, siendo la edad más frecuente entre treinta y ocho y 47 años, mujeres mayores, pero todavía en edad reproductiva.

Los hábitos malos de vida y también la obesidad son un importante factor de riesgo que no debe pasarse de largo, ya que se trata de una enfermedad crónica asociada con el desarrollo de miomas, como señalan Stewart y cols. (2020)¹, Hernández y cols. (2017)² y KlinicalKey (2021)¹⁰, lo que coincide completamente con los resultados que reporta la investigación, donde 33.3 por ciento de la muestra que integra este estudio vive con obesidad.

Otro importante factor para el desarrollo de miomas uterinos se encuentra en las mujeres sin embarazos o que han tenido un menor número de ellos, como informan Stewart y cols. (2020)¹, Hernández y cols. (2017)² y KlinicalKey (2021)¹⁰, coincidiendo con este tópico los resultados de la presente investigación, donde

10.1 por ciento, no han tenido embarazos y doce punto tres por ciento, sólo un embarazo, cifra que por sí misma es representativa para confirmar lo que sostiene la literatura consultada.

Las dificultades reproductivas como el embarazo ectópico se presentan cuando hay miomas, como aseveran Ortiz y cols. (2009)⁸, sin embargo, este dato no es contundente, ya que noventa y ocho punto tres por ciento de las pacientes de la muestra de esta investigación no ha tenido embarazos ectópicos, sólo 1.7 por ciento que es igual a seis pacientes si han tenido un embarazo ectópico.

Uno de los síntomas más comunes en mujeres con miomatosis y adenomiosis es el sangrado anormal; un sangrado abundante, fre-

cuenta y con una alta duración, al respecto la FASGO (2017)⁵, informa que entre el veinticinco y cincuenta por ciento de las mujeres con miomatosis presentan sangrado abundante; por otro lado, Upson y Missmer (2020)¹³, informan las pacientes con adenomiosis presentan hemorragias anormales, como confirman los resultados de esta investigación donde noventa y dos punto cuarenta y siete por ciento de ellas tienen hemorragias anormales.

Un síntoma frecuente al padecer miomatosis y adenomiosis es la dismenorrea, como informan Upson y Missmer (2020)¹³ y la FASGO (2017)⁵, coincidiendo con esta aseveración sesenta y nueve punto cuarenta y siete por ciento de las pacientes que integran la muestra de esta disertación presentan dismenorrea.

El resultado más relevante para la presente investigación es sobre el diagnóstico que recibieron las 357 pacientes que fueron sometidas a histerectomía total abdominal, al respecto, la literatura reporta que las pacientes que son diagnosticadas con leiomiomatosis también presentan adenomiosis en un treinta por ciento de los casos. Como también afirman Galicia y Gómez (2022)²⁶ y Joshi y Kirk (2021)²⁷ en el 80 por ciento de las pacientes que presentan adenomiosis hay presencia de miomas uterinos, estudios con los cuales se coincide en su totalidad, ya que los resultados revelaron que 197 pacientes que se traducen como 55.2 por ciento presentan adenomiosis y leiomiomatosis, una prevalencia que permite visualizar la necesidad de llevar a cabo mejores métodos para el diagnóstico de estos padecimientos y su prevalencia conjunta con la finalidad de que las pacientes reciban un tratamiento eficaz y eficiente.

Conclusiones

Una vez desarrollada la investigación teórica con la consulta de la literatura que hay disponible acerca del tema y el análisis de todos los datos recopilados se puede concluir que fueron alcanzados los objetivos de la investigación, es decir, se determinó la prevalencia de miomatosis y adenomiosis en las pacientes histerectomizadas en el hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón”, por otro lado, se logró describir las características demográficas de las pacientes y se identificaron los hallazgos más importantes de ellas.

Además de alcanzar todos los objetivos anteriormente planteados en la investigación, se confirmó la hipótesis alterna, toda vez que la prevalencia de miomatosis y adenomiosis es mayor al 15 por ciento, dado que 55.2 por ciento de las pacientes hysterectomizadas en el hospital Gral. “General José María Morelos y Pavón” presentaron el diagnóstico conjunto de las citadas entidades.

Por otro lado, es fundamental señalar que debido a que el diagnóstico de miomatosis y adenomiosis tiene una alta incidencia y de acuerdo con la literatura consultada es el problema de salud presente globalmente, el cual no cuenta con un cuadro clínico específico, esto representa un gran reto para todo el sector de la salud, sobre todo aquellos hospitales públicos donde se cuenta con recursos e infraestructura muy limitados, por ello es necesario que se implementen medidas más eficaces para el diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos.

Debido a que los resultados de la presente investigación reportan un alto índice de incidencia de miomatosis y adenomiosis, es necesario que se creen herramientas clínicas que permitan un mejor diagnóstico y por ende, un tratamiento oportuno y eficaz, sobre todo cuando las pacientes han sido sometidas a largos tratamientos médicos u hormonales para sus síntomas sin éxito, por lo que se recurre a la HTA. Los resultados obtenidos con el desarrollo de la presente disertación destacan la urgente necesidad de establecer y diseñar protocolos de estudio más actualizados para diagnosticar a las pacientes y poder tomar decisiones correctas al momento de indicar el tratamiento y los pasos a seguir cuando hay presencia de miomatosis y adenomiosis.

Referencias

- Stewart, E. A., Laughlin-Tommaso, S. K., Catherino, W. H., Lalitkumar, S., Gupta, D., & Vollenhoven, B. (2020). Uterine fibroids (leiomyomas): Histology and pathogenesis.
- Hernández-Valencia, M., Castro, V., Zuñiga, T., Barron, J., & Rojas, L. (2017).
- Miomatosis uterina: Implicaciones en salud reproductiva.
- Naveiro Fuentes, M. (2018). Complicaciones de la hysterectomía en función de su vía de abordaje y otros factores, 4(2).

- Secretaría de Salud de México. (2009). Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina.
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). (2017). Consenso SOGIBA.
- Sepúlveda, J., & Alarcón, M. (2016). Manejo médico de la miomatosis uterina: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(1), 48–55.
- Bañuelos, R. (2000). Miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 8(3), 94–99.
- Ortiz, M., Matute, A., & Martínez, N. (2009). Miomatosis uterina. *Anales Médicos*, 54(4), 222–223. Centro Médico ABC.
- Vargas, V., Tovar, J., Flores, K., Acosta, A., & Moreno, M. (2013). Leiomiomatosis uterina: Aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos, reproductivos, clínicos y terapéuticos. *Revista Hospital Juárez México*.
- ClinicalKey. (2021). Fibroids (Uterine Myomas).
- Huete, A., Craig, J., Vial, C., Farias, M., & Tsunekawa, H. (2016). Rol de la imagenología en el proceso diagnóstico de la patología ginecológica benigna. Artículo especial. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 81(1), 63–85.
- Phelippeau, J., & Fernández, H. (2016). Fibromas uterinos. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 52(4), 1–6.
- Upson, K., & Missmer, S. A. (2020). Epidemiology of adenomyosis. *Seminars in Reproductive Medicine*, 38(2–3), 89–107. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1706980>
- Loring, M., Chen, T. Y., & Isaacson, K. B. (2021). A systematic review of adenomyosis: It is time to reassess what we thought we knew about the disease. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 28(3), 644–655. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.01.008>
- Vannuccini, S., et al. (2017). Pathogenesis of adenomyosis: An update on molecular mechanisms. *Reproductive BioMedicine Online*, 35(5), 592–601. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.09.008>
- Rudзитis-Auth, J., Nenicu, A., Nickels, R. M., Menger, M. D., & Laschke, M. W. (2016). Estrogen stimulates homing of endothelial progenitor cells to endometriotic lesions. *American Journal*

- of Pathology, 186(8), 2129–2142. <https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2016.05.011>
- Vannuccini, S., et al. (2017). Pathogenesis of adenomyosis: An update on molecular mechanisms. *Reproductive BioMedicine Online*, 35(5), 592–601. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.09.008>
- Harmsen, M. J., et al. (2019). Role of angiogenesis in adenomyosis-associated abnormal uterine bleeding and subfertility: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(5), 647–671. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz020>
- Ramjiawan, R. R., Griffioen, A. W., & Duda, D. G. (2017). Anti-angiogenesis for cancer revisited: ¿Is there a role for combinations with immunotherapy? *Angiogenesis*, 20(2), 185–204. <https://doi.org/10.1007/s10456-017-9575-7>
- Parazzini, F., Mais, V., Cipriani, S., Busacca, M., & Venturini, P. (2009). Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions: Results from a prospective multicentric study in Italy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 143(2), 103–106. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.020>
- Taran, F. A., Stewart, E. A., & Brucker, S. (2013). Adenomyosis: Epidemiology, risk factors, clinical phenotype and surgical and interventional alternatives to hysterectomy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73(9), 924–931. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345728>
- J Abbott, J. A. (2017). Adenomyosis and abnormal uterine bleeding (AUB- A)—Pathogenesis, diagnosis, and management. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 40, 68–81. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.11.002>
- Dartmouth, K. (2014). A systematic review with meta-analysis: The common sonographic characteristics of adenomyosis. *Ultrasound*, 22(3), 148–157. <https://doi.org/10.1177/1742271X14529092>
- Habiba, M., & Benagiano, G. (2021). Classifying adenomyosis: Progress and challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12723. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312723>

- Correa Ochoa, J. L., Pandales Pérez, H., Román Vásquez, V. L., Palacio Arango, B. L., & Zuleta-Tobón, J. J. (2017). Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual: Estudio de cohortes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 12–24.
- Galicia, L., & Gómez, M. (2022). Prevalencia de adenomiomas y hallazgos asociados en estudios de resonancia magnética de útero en pacientes con miomatosis. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(1), 73–89.
- Sepúlveda-Agudelo, J., & Sepúlveda-Sanguino, A. J. (2020). Abnormal uterine bleeding and PALM COEIN. *Ginecología y Obstetricia México*, 88, 59–67.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Management of symptomatic uterine leiomyomas: ACOG practice bulletin, number 228. *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), e100–e115. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004416>
- Alcalde, A. M., Martínez-Zamora, M. A., & Carmona, F. (2021).
- Adenomyosis: Una gran desconocida: ¿Qué debemos saber? *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(2), 184–189.
- Benagiano, G., & Brosens, I. (2019). History of adenomyosis. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 51, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.12.001>
- Lopez-Garcia, R., Martinez, P., & Suarez, C. (2023). Economic burden and quality of life impact of uterine fibroids and adenomyosis in Mexico. *Public Health Journal*, 112(1), 75–89. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.008>

CAPÍTULO 5

LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

***ANNEL GONZÁLEZ-VÁZQUEZ**

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: annel.gonzalezvz@uanl.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-4976-0345>

JOSEFINA SARAÍ CANDIA-ARREDONDO

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: joy.sc_@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2058-1338>

JULIA LIZETH VILLAREAL-MATA

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: lizethvillarealmata@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8829-0537>

LINDA DANIELA MENDOZA-PADRÓN

Maestra en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: linda.mendezapdr@uanl.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0000-4802-9337>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: Las lesiones cutáneas en pacientes pediátricos hospitalizados representan un evento adverso frecuente y prevenible que compromete la seguridad del paciente y la calidad del cuidado. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y localización de las lesiones cutáneas en pacientes pediátricos hospitalizados, y analizar su relación con el sexo y la edad. **Metodología:** Se rea-

lizó un estudio descriptivo y transversal en pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital público de Nuevo León, México. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de 1 mes a 15 años de edad, con más de 24 horas de hospitalización. **Resultados:** Los resultados identificaron que la prevalencia total de lesiones cutáneas fue del 13% para las lesiones por presión, localizadas principalmente en el occipucio (5.8%), área sacra (4.3%) y cuello (2.9%). Las Lesiones asociadas a los dispositivos clínicos se presentaron una prevalencia del 26.1%, con mayor afectación en el antebrazo derecho (8.7%) y abdomen (7.2%). La dermatitis asociada a la incontinencia se observó en el 14.5% de los pacientes, con predominio en el área genital y sacra. Se encontraron diferencias significativas por sexo en la presencia de LADC ($\chi^2 = 4.63, p = .031$), más frecuentes en el femenino (41.7%), y en la DAI ($\chi^2 = 6.23, p = .013$), solo se presentó en el sexo masculino (22.2%). Asimismo, se observaron diferencias por edad en la DAI ($\chi^2 = 19.81, p = .001$), con mayor prevalencia en menores de un año (42.9%) en comparación con los grupos mayores. **Conclusiones:** Los lactantes constituyen el grupo más vulnerable, lo que subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, vigilancia y cuidado de la piel en este grupo etario.

Palabras clave: lesiones por presión, pediatría, seguridad del paciente, enfermería.

Introducción

Las lesiones cutáneas relacionadas con la atención sanitaria representan un desafío creciente en la población pediátrica hospitalizada, tanto por su impacto clínico como por las implicaciones en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Aunque históricamente la investigación en lesiones por presión (LP) y daño cutáneo se ha centrado en adultos y adultos mayores, en los últimos años se ha documentado una incidencia preocupante en unidades pediátricas y de cuidados intensivos infantiles (Black et al., 2023; Correa et al., 2022). La piel del paciente pediátrico, especialmente en lactantes y neonatos, presenta características anatómicas y fisiológicas que la hacen más vulnerable al daño: menor grosor del estrato córneo, menor cohesión intercelular y una barrera epidérmica inmadura que

favorece la pérdida transepidérmica de agua y la susceptibilidad a la fricción y la humedad (Visscher & Narendran, 2023).

Entre los tipos de lesiones más frecuentes destacan las lesiones por presión, las lesiones asociadas a dispositivos clínicos (LADC) y la dermatitis asociada a la incontinencia (DAI). Las lesiones por presión se producen como resultado de la presión prolongada o combinada con fuerzas de cizalla sobre prominencias óseas o zonas de apoyo, generando isquemia tisular y necrosis local (Ratliff & Fawcett, 2021). En pediatría, las localizaciones más comunes incluyen el occipucio, el sacro y los talones, zonas anatómicas expuestas por la posición y la proporción corporal (García Molina et al., 2020).

Por su parte, las lesiones asociadas a dispositivos clínicos son una forma de daño cutáneo cada vez más reconocida, vinculada al uso prolongado de cánulas, sondas, catéteres o fijaciones adhesivas que ejercen presión localizada o fricción sobre la piel (Rafferty et al., 2022). Este tipo de lesión puede representar hasta un tercio del total de lesiones hospitalarias en niños, con consecuencias que van desde el dolor y la infección local hasta la prolongación de la estancia hospitalaria (Grove et al., 2023).

En tanto, la dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) constituye una inflamación de la piel provocada por la exposición prolongada a la humedad, el pH alcalino y los irritantes químicos presentes en la orina o las heces. Este tipo de dermatitis es especialmente prevalente en lactantes y pacientes con incontinencia fecal o urinaria, siendo un marcador indirecto de la calidad del cuidado de la piel (McNichol et al., 2021; Nix & Haugen, 2022). Su presentación clínica incluye eritema, erosiones y dolor, afectando predominantemente la región perineal, glútea y genital.

La literatura reciente enfatiza la necesidad de generar evidencia local sobre la prevalencia y distribución de estas lesiones en la población pediátrica hospitalaria, dado que la mayoría de los protocolos de prevención se derivan de estudios en adultos (Beeckman et al., 2021; Mota Rojas et al., 2022). Además, comprender la relación de estos eventos con factores demográficos como el sexo y la edad permite identificar grupos de mayor riesgo y diseñar estrategias preventivas focalizadas.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia y localización de las lesiones cutáneas en pa-

cientes pediátricos hospitalizados, así como relación con el tiempo de hospitalización, con el propósito de aportar evidencia que oriente intervenciones de enfermería basadas en el modelo de seguridad del paciente y la prevención del daño evitable.

Objetivo general

Evaluar la prevalencia y características de las lesiones cutáneas lesiones por presión, lesiones asociadas a dispositivos clínicos y dermatitis asociada a la incontinencia en pacientes pediátricos hospitalizados, así como su relación con variables sociodemográficas y clínicas.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes pediátricos hospitalizados en las áreas de pediatría y cuidados intensivos neonatales.
2. Determinar la prevalencia y localización anatómica de las lesiones por presión, las lesiones asociadas a dispositivos clínicos y la dermatitis asociada a la incontinencia en la población pediátrica estudiada.
3. Analizar la relación entre variables sociodemográficas (días de estancia hospitalaria) y la presencia de lesiones cutáneas.

Metodología

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional (Polit & Beck, 2021). La población del estudio estuvo conformada por pacientes pediátricos internados en un hospital público del estado de Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia. Para la estimación de la muestra se utilizó la fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%, una significancia estadística de 0.5 y un margen de error del 5%. Dado que la población de pacientes pediátricos hospitalizados durante el periodo de estudio fue de aproximadamente 94 casos, la muestra mínima calculada fue de 68 pacientes (Polit & Beck, 2021).

Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos de 1 mes a 15 años de edad.
- Hospitalización en el servicio de unidad pediátrica, urgencias o UCI pediátrica)
- Estancia hospitalaria ≥ 24 horas.
- Consentimiento informado escrito otorgado por el tutor legal o representante, y asentimiento del menor cuando proceda según edad y capacidad.
- Pacientes con lesiones cutáneas preexistentes de origen crónico o congénito registradas en la historia clínica al ingreso.

Para la recolección de los datos primeramente se contó con una cédula de datos personales la cual indagaba preguntas como edad, sexo, días de hospitalización. Para la identificación de la prevalencia de heridas se utilizó la Tabla de Prevalencia de Heridas en el Paciente Pediátrico, desarrollada por (Pérez Acevedo et al., 2018). Este instrumento tiene como propósito identificar la presencia de lesiones por presión, lesiones cutáneas asociadas a dispositivos clínicos y dermatitis asociadas a la incontinencia. Consta de tres reactivos en formato dicotómico (Sí/No) para reportar la existencia de heridas, e incluye una pregunta abierta que permite especificar la ubicación de la lesión. Además, incorpora un dibujo esquemático de un paciente pediátrico en posición anterior y posterior para señalar con precisión la localización de las heridas.

El instrumento fue validado previamente en una muestra de 1990 pacientes en un hospital materno-infantil de tercer nivel en España, lo que respalda su aplicabilidad clínica (Pérez Acevedo et al., 2018).

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 (Secretaría de Salud [SS], 1987; última reforma, Diario Oficial de la Federación, 2014). Se respetó los principios éticos de trato digno, privacidad y confidencialidad (Art. 13 y 16). El proyecto contó con la autorización de la institución correspondiente. Se contó con un consentimiento informado el cual fue firmado por los representantes legales de los pacientes, asegurando la confidencialidad de los datos personales (Art. 20 y 21). Asimismo, se respetaron las disposiciones del Capítulo III, Artículos 34 y 36, relativas a la

protección especial de los pacientes pediátricos en investigaciones biomédicas.

Los datos se levantaron durante los cuidados de rutina (baño, cambio de cama o posición), el personal de enfermería colaboro con los investigadores para permitir la observación cefalocaudal del paciente, utilizando el instrumento de lápiz y papel. El estudio se realizó garantizando el anonimato de los participantes.

El análisis estadístico se realizó mediante el software IBM SPSS Statistics versión 25.0. Se emplearon estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar) para caracterizar a la población y pruebas de asociación bivariada con la finalidad de explorar la relación entre variables sociodemográficas y la presencia de lesiones cutáneas. Para las variables categóricas se utilizó la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de significancia de $p < .05$, mientras que para la exploración de relaciones entre variables continuas y la presencia de lesiones se utilizó la correlación de Pearson.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los 68 pacientes pediátricos incluidos en el estudio. Del total, el 65.2% correspondió al sexo masculino y el 34.8% al sexo femenino, mostrando una ligera predominancia del grupo masculino. Respecto al servicio de hospitalización, la mayoría de los pacientes se encontraban en el servicio de Pediatría (76.8%), mientras que el 23.2% pertenecía a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), lo que refleja la diversidad de niveles de complejidad de la atención.

La edad promedio de los pacientes fue de 4.94 años ($DE=5.03$), con un rango que osciló entre 0 y 15 años, abarcando todas las etapas del desarrollo pediátrico. En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, se observó una media de 14.93 días ($DE=17.87$), con un mínimo de 1 día y un máximo de 93 días, evidenciando una amplia variabilidad en la evolución clínica y en la exposición al riesgo de desarrollar lesiones asociadas a la atención en salud.

Tabla 1
Datos sociodemograficos

Variable	f	%		
Sexo				
Femenino	24			34.8
Masculino	45			65.2
Departamento de hospitalización				
UCIN	16			23.2
Pediatría	53			76.8
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	4.94	5.03	0	15
Días de estancia	14.93	17.87	1	93

Nota: $n=68$, f = frecuencia, %= porcentaje, M = Media, DE = Desviación estandar, Min = valor minimo, Max = valor maximo.

En la tabla 2 se muestra la prevalencia de las lesiones en pacientes pediátricos. El 13% presentó lesión por presión, de las cuales el 5.8% se localizó en el occipucio, el 4.3% en el área sacra y el 2.9% en el cuello. Respecto a las lesiones asociadas a dispositivos clínicos, se reportó una prevalencia del 26.1%. Según la localización, el 8.7% se presentó en el antebrazo derecho, el 7.2% en el abdomen, el 2.9% en el talón derecho y el 2.9% en el pie izquierdo. Por su parte, la dermatitis asociada a la incontinencia se observó en el 14.5% de los pacientes, con predominio en el área genital y sacra.

Tabla 2
Prevalencia de lesiones en pacientes pediátricos

Lesión	Si		No	
	f	%	f	%
Lesión por presión	9	13.0	60	87.0
Lesión asociada a los dispositivos clinicos	18	26.1	51	73.9
Dermatitis asociadas a la incontinencia	10	14.5	59	85.5

Nota: $n=68$, f = frecuencia, %= porcentaje.

En la Tabla 3 se presenta la prevalencia de lesiones en pacientes pediátricos según el sexo. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de lesiones asociadas a dispositivos clínicos ($\chi^2=4.63$, $p=.031$). siendo más frecuentes en el sexo femenino (41.7%) en comparación con el masculino (17.8%).

De igual forma, se identificó una diferencia significativa en la dermatitis asociada a la incontinencia ($\chi^2 = 6.23$, $p = .013$) la cual se presentó exclusivamente en el sexo masculino (22.2%), mientras que no se registraron casos en el sexo femenino (0%)

Tabla 3
Prevalencia de lesiones de acuerdo a sexo

	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Lesión asociada a los dispositivos clínicos					4.63	.031
Femenino	10	41.7	14	58.3		
Masculino	8	17.8	37	82.2		
Dermatitis asociadas a la incontinencia					6.23	.013
Femenino	0	0.0	24	100.0		
Masculino	10	22.2	35	77.8		

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = chi cuadrada, p= significancia estadística.

En la Tabla 4 se presenta la prevalencia de dermatitis asociada a la incontinencia según la edad de los pacientes pediátricos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios ($\chi^2 = 19.81$, $p = .001$)

La mayor prevalencia se identificó en los menores de un año con un 42.9%, en comparación con los grupos de 1 a 5 años (4.8%), 6 a 10 años (0%) y 11 a 15 años (0%). Estos resultados sugieren que los pacientes lactantes presentan un mayor riesgo de desarrollar dermatitis asociada a la incontinencia en comparación con los grupos de mayor edad.

Tabla 4
Prevalencia de lesiones de acuerdo a la edad

Dermatitis asociadas a la incontinencia	Si		No		χ^2	p
	f	%	f	%		
Menos de un año	9	42.9	12	57.1	19.81	.001
1 a 5 años	1	4.8	20	95.2		
6 a 10 años	0	0.0	16	100.0		
11 a 15 años	0	0.0	11	100.0		

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, χ^2 = chi cuadrada, p= significancia estadística.

Finalmente en el análisis de la relación entre los días de estancia hospitalaria y la presencia de lesiones cutáneas lesiones por presión, lesiones asociadas a dispositivos clínicos y dermatitis asociada a la incontinencia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). Aunque se observó una tendencia a mayor frecuencia de lesiones en pacientes con estancias más prolongadas, esta no alcanzó significancia estadística. Este resultado sugiere que, dentro de la muestra estudiada, la duración de la hospitalización no fue un factor determinante en la aparición de lesiones cutáneas pediátricas

Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian una prevalencia relevante de lesiones cutáneas en pacientes pediátricos hospitalizados, destacando las lesiones por presión, las asociadas a dispositivos clínicos y en ultimo lugar la dermatitis asociada a la incontinencia. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que documentan una incidencia creciente de lesiones relacionadas con la atención sanitaria en población pediátrica, atribuida a la vulnerabilidad anatómica y fisiológica de la piel infantil, así como a factores clínicos y organizacionales (Black et al., 2023; Correa et al., 2022).

En cuanto a las lesiones por presión, la mayor frecuencia se localizó en el occipucio, el sacro y el cuello, lo que coincide con lo reportado por García Molina et al. (2020), quienes identifican el occipucio como la región de mayor riesgo en neonatos y lactantes debido a la proporción cabeza-cuerpo y al contacto prolongado con la superficie de apoyo. La presión sostenida y el cizallamiento son los principales mecanismos de daño, agravados por la inmadurez del tejido subcutáneo y la perfusión limitada en estas zonas (Ratliff & Fawcett, 2021).

Respecto a las lesiones asociadas a dispositivos clínicos (LADC), la prevalencia del 26.1% observada refuerza su relevancia como una causa emergente de daño cutáneo en pediatría. Estudios recientes subrayan que las LADC representan hasta el 30% de todas las lesiones hospitalarias en niños, siendo los dispositivos de acceso vascular, sondas, cánulas y fijaciones respiratorias los más implicados (Rafferty et al., 2022; Grove et al., 2023). Factores como la presión

localizada, el roce, la humedad y la fijación inadecuada o prolongada contribuyen al deterioro cutáneo, especialmente cuando los dispositivos se colocan en áreas de piel frágil o sin una rotación periódica.

En este contexto, resulta fundamental considerar la omisión de cuidados como un elemento subyacente en la génesis de las LADC. La omisión de cuidados se define como la falta de ejecución o retraso en intervenciones de enfermería necesarias para garantizar la seguridad y bienestar del paciente, tales como la inspección frecuente de la piel, el cambio de posición o la rotación de dispositivos (Kalisch & Xie, 2014; Recinos et al., 2021). La evidencia demuestra que los lapsos en estas acciones incrementan significativamente el riesgo de lesiones cutáneas, en especial en unidades con alta carga asistencial o limitación de recursos humanos (Tawfik et al., 2023).

La evaluación sistemática del riesgo cutáneo y la implementación de protocolos preventivos estructurados no solo permiten reducir la incidencia de LADC, sino también visibilizar la omisión de cuidados como un indicador sensible de la calidad y seguridad del cuidado de enfermería.

El análisis por sexo mostró una mayor frecuencia de LADC en las niñas en comparación con los niños, diferencia que resultó estadísticamente significativa. Aunque la literatura sobre diferencias de sexo en este tipo de lesiones es limitada, algunos autores sugieren que las variaciones pueden deberse a factores anatómicos (menor grosor dérmico y diferente distribución del tejido subcutáneo en las niñas) y a diferencias en la localización o tipo de dispositivos empleados según el tratamiento (Visscher & Narendran, 2023; Beekman et al., 2021).

Por otro lado, la dermatitis asociada a la incontinencia fue significativamente más frecuente en el sexo masculino, sin casos en el femenino. Este resultado podría relacionarse con la anatomía perineal y la dirección del flujo urinario en los varones, que favorece una mayor exposición a la humedad en la piel escrotal y perineal (Lund et al., 2020). Además, algunos estudios indican que el tipo de pañal y la frecuencia del cambio influyen de manera diferencial según el sexo (Blume Peytavi et al., 2021).

La edad se mostró como un factor determinante para la dermatitis asociada a la incontinencia, con diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios, predominando en los menores de un año. Este hallazgo concuerda con investigaciones que desta-

can la alta susceptibilidad del lactante al daño epidérmico debido a la inmadurez de la barrera cutánea, la mayor hidratación y el pH cutáneo más elevado (Mota Rojas et al., 2022; Visscher & Narendran, 2023). La exposición continua a la humedad y el contacto prolongado con orina y heces son factores clave en la etiología de dichas lesiones durante el primer año de vida (McNichol et al., 2021).

En contraste, la ausencia de casos en niños mayores (6 a 15 años) coincide con la maduración fisiológica de la piel y el control de esfínteres, que reducen la exposición a irritantes y humedad (Nix & Haugen, 2022). Esto sugiere la importancia de dirigir las estrategias preventivas prioritariamente hacia los lactantes hospitalizados.

El hallazgo de que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los días de estancia hospitalaria y la presencia de lesiones cutáneas (LP, LADC y DAI) contrasta parcialmente con lo reportado en otros estudios, donde la estancia prolongada ha sido identificada como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de daño cutáneo (Tubaishat et al., 2018; Tayyib & Coyer, 2016).

Una posible explicación para esta discrepancia puede radicar en las características clínicas de la muestra, el tamaño del grupo estudiado o la implementación de cuidados preventivos efectivos durante la hospitalización, lo que habría reducido el impacto del tiempo de estancia sobre la integridad cutánea.

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian que las lesiones cutáneas continúan siendo un problema relevante en el ámbito pediátrico hospitalario, con una prevalencia considerable de lesiones por presión, dermatitis asociada a la incontinencia y lesiones vinculadas al uso de dispositivos clínicos. Estas condiciones no solo reflejan la vulnerabilidad de la población infantil ante factores extrínsecos e intrínsecos como la inmadurez de la piel, la limitación en la movilidad o la exposición prolongada a dispositivos médico sino también la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y vigilancia en los servicios pediátricos y de cuidados intensivos.

Los hallazgos refuerzan la importancia de implementar protocolos estandarizados de prevención, sustentados en la valoración

individual del riesgo y la monitorización continua de la integridad cutánea. Medidas como la rotación sistemática de dispositivos clínicos, el uso de superficies de apoyo con tecnología de redistribución de presión, y la protección de la piel frente a la humedad y fricción, son esenciales para reducir la incidencia de lesiones asociadas a la atención.

Asimismo, la formación y sensibilización del personal de enfermería desempeña un papel determinante. La capacitación continua en el reconocimiento temprano, clasificación y manejo integral de las lesiones cutáneas pediátricas favorece una respuesta oportuna y basada en la evidencia, contribuyendo directamente a la seguridad del paciente y a la calidad del cuidado enfermero.

Desde una perspectiva disciplinar, este estudio aporta evidencia que respalda la necesidad de integrar la evaluación del riesgo cutáneo en los procesos de enfermería pediátrica, promoviendo una cultura de seguridad sustentada en la observación clínica, el juicio profesional y el compromiso ético con el bienestar del niño hospitalizado.

Referencias

- Beeckman, D., Gray, M., & Campbell, J. (2021). *Prevention and treatment of medical device-related pressure injuries in children: An evidence-based approach*. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(4), 320–329. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000754>
- Black, J. M., McNichol, L., & Woo, K. (2023). *Pediatric pressure injuries: Current evidence and best practices*. *Advances in Skin & Wound Care*, 36(2), 73–81. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000912456.52032.f2>
- Blume-Peytavi, U., Lavender, T., Jenerowicz, D., Ryumina, I., Stalder, J. F., & Torrelo, A. (2021). *Infant skin care: Updates and recommendations*. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(4), 737–748. <https://doi.org/10.1111/jdv.17148>
- Correa, A., Aguilar, J., & Rojas, A. (2022). *Prevalence and risk factors of pressure injuries in hospitalized children: A multicenter study*.

- Pediatric Nursing, 48(1), 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.002>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2022). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*. EPUAP/NPIAP/PPPIA.
- García-Molina, P., Balaguer-López, E., & Morilla-Herrera, J. C. (2020). *Pressure ulcers in pediatric intensive care units: A multicenter study*. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, e52–e58. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.008>
- Grove, G. L., McNichol, L., & Woo, K. (2023). *Clinical factors associated with device-related pressure injuries in pediatric patients*. *International Wound Journal*, 20(6), 1963–1973. <https://doi.org/10.1111/iwj.14181>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Lund, C. H., Kuller, J. M., Lane, A. T., Lott, J. W., & Raines, D. A. (2020). *Incontinence-associated dermatitis in children: Prevention and management*. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 47(2), 139–145. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000630>
- McNichol, L., Gray, M., Beeckman, D., & Doughty, D. (2021). *Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: Evidence-based consensus statements from the Global IAD Expert Panel*. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(4), 303–314. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000762>
- Mota-Rojas, D., Mariti, C., Lezama-García, K., & Mora-Medina, P. (2022). *Skin physiology and neonatal dermatoses in hospitalized infants*. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 872361. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.872361>
- Nix, D. H., & Haugen, V. (2022). *Dermatitis associated with incontinence: Pediatric perspectives and prevention strategies*. *Pediatric Dermatology*, 39(1), 55–63. <https://doi.org/10.1111/pde.14990>
- Pérez-Acevedo, G., Bosch-Alcaraz, A., Agustín-Mata, C., Manzano-Canillas, M. L., & Torra-Bou, J. E. (2018). *Prevalencia de lesiones por presión, incontinencia, dermatitis*

- asociada a la incontinencia y factores de riesgo para el desarrollo de lesiones por presión en un hospital materno-infantil de tercer nivel.* Gerokomos, 29(2), 83-91.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Rafferty, L., Hughes, M., & McKenna, H. (2022). *Medical device-related pressure injuries in children: A systematic review.* International Journal of Nursing Studies, 128, 104182. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104182>
- Ratliff, C. R., & Fawcett, D. (2021). *Pressure injury prevention in pediatric populations.* Advances in Wound Care, 10(10), 551-560. <https://doi.org/10.1089/wound.2021.0012>
- Recinos, C., Ospina, A., & D'Amour, D. (2021). *Missed nursing care and patient safety: An integrative review.* International Journal for Quality in Health Care, 33(1), mzaa035. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa035>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.* Diario Oficial de la Federación. México.
- Tawfik, D. S., Profit, J., & Sexton, J. B. (2023). *Nursing workload, missed care, and patient safety outcomes in pediatric settings.* Journal of Patient Safety, 19(3), 175-182. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001156>
- Tayyib, N., & Coyer, F. (2016). Effect of a pressure injury prevention bundle on the occurrence of pressure injury in critical care patients. *American Journal of Critical Care, 25*(6), e452-e462. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016405>
- Tubaishat, A., Papanikolaou, P., Anthony, D., & Habiballah, L. (2018). Pressure ulcers prevalence in the paediatric population: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Tissue Viability, 27*(2), 86-102. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2018.01.003>
- Visscher, M. O., & Narendran, V. (2023). *The skin of premature and term infants: Biological development, structure, and function.* Advances in Wound Care, 12(3), 109-120. <https://doi.org/10.1089/wound.2022.0042>

APARTADO II
SALUD LABORAL

CAPÍTULO 6

VIOLENCIA COMO PATOLOGÍA SOCIAL: CARACTERÍSTICAS DE UN CEREBRO VIOLENTO EN EL ENTORNO LABORAL

ALBA GUADALUPE HERNÁNDEZ-GARCÍA

Maestra en Educación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: ahgarcia@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6065-2452>

SERGIO EVANNY CASTELLANOS-ZÁRATE

Maestro en Educación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: scastellanos@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0004-4940-0432>

*MARTHA ALICIA LARA-HEREDIA

Doctora en Neuroeducación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: alara@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0007-1836-4282>

AJELET SAHAR PINEDA-GAMEZ

Licenciada en Medicina

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: 171544@mail.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0004-2527-0426>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: Este trabajo de investigación teórica constituye el segundo capítulo de dos, enfocado en el hostigamiento laboral. Su objetivo principal es visibilizar las características neurológicas en personas que ejercen violencia laboral. **Metodología:** Se realiza una investigación cualitativa, no interactiva de análisis de conceptos, la técnica de recogida de datos empleada es de tipo documental que

consiste en el análisis de contenidos a partir de artículos y documentos seleccionados, acompañados del testimonio de una víctima de hostigamiento laboral. **Resultados:** La investigación explora la violencia como una patología social, analizando las características de los individuos con conductas violentas en el ámbito laboral, la regulación jurídica y los protocolos existentes. Además, se examina la anatomía y fisiología del cerebro relacionadas con la violencia laboral, así como alternativas para regular la bioquímica del Sistema Nervioso Límbico. **Conclusiones:** Se enfatiza en la importancia de la atención preventiva junto con la sanción administrativa o jurídica para quienes muestran conductas de hostigamiento laboral.

Palabras clave: Violencia laboral, hostigador laboral, Neurología y atención.

Introducción

¿Qué les pasa?: Lastimada y en una situación inesperada, La Comisión de Atención y Seguimiento laboral reconoce al hostigador y acepta la separación del área como un manto protector. Una convocatoria llega a mi bandeja de entrada, una junta en la que estarán presentes todos, incluido el hostigador. A pesar de la clara advertencia de no compartir espacio con él, decido asistir, confiando en la protección que se me ha prometido. Ese día, en medio de la reunión, la realidad se me presenta descarnada: una comunidad laboral enferma. Frente a todos, la autoridad máxima del área, el hostigador, junto con la jefa inmediata, rompen los acuerdos y, de manera autoritaria, me desplazan hacia otro lugar, ignorando mis derechos, bienestar, veredicto, protocolo y contrato de trabajo. Qué miedo, que poder aplastante. El silencio sepulcral de los presentes...ante la confusión logro articular un firme «No acepto». ([Relato personal], 2022)

Violencia como patología social

La primera pregunta para comprender el fenómeno social de la violencia es el aspecto social de la misma, es necesario definir que es sociedad, cultura y patología, para después explorar la violencia cómo una patología social.

Iniciando con un enfoque clásico de la sociología para definir sociedad, Sosa (2022), a 128 años de la publicación de las reglas del método sociológico de Emile Durkheim; afirma que la sociología debe pasar de un enfoque subjetivo a uno objetivo. Para él, la sociología examina los fenómenos sociales sin depender de las

representaciones individuales. Los hechos sociales, tienden a existir independientemente de las conciencias individuales, ejerciendo una influencia dominante sobre ellas. Estos son formas de comportamiento, pensamiento o sentimiento que operan fuera de la conciencia individual y tienen una fuerza coercitiva que impone a los individuos.

Simbaña et al. (2017) recuperan de Durkheim a la sociedad como poder regulador que armoniza la convivencia colectiva de los individuos, manteniendo su individualidad y su conexión con la cultura, identidad, saberes y valores. Elementos para la cohesión y la supervivencia social.

La patología es el estudio de las causas estructurales y funcionales de las enfermedades; los cuatro aspectos fundamentales que la conforman son su causa, el mecanismo de desarrollo, las alteraciones estructurales de las células y las consecuencias funcionales. (Mitchell, 2016, p. 37)

Tomando los conceptos anteriores se observa el desarrollo de una sociedad que en lo colectivo e individual va adoptando conductas de superioridad, de poder, convirtiendo la relación entre sociedad, cultura y persona, en una relación enferma, que nos aleja del bienestar colectivo y personal.

Es importante adentrarnos al proceso del estudio de la violencia como enfermedad; “la violencia es una patología cultural en la cual la sociedad se encuentra inmersa, sin poder dejar detrás una serie de actos ilícitos que se emplean para fomentar las agresiones; de esta manera, la violencia se institucionaliza y cobra otras dimensiones con la aparición del Estado moderno” (Eneth et al., 2021, pág. 181)

Para Sosa y Sosa (2015), Las relaciones violentas son una traba para la convivencia y la vida plural. Las hegemonías son formas de dominación de las identidades y diversidades, la violencia encubierta puede llevar a la alienación. El bienestar es un compromiso de todos, se relaciona con la tranquilidad, el equilibrio y la armonía en la vida, los derechos individuales y colectivos, así como la satisfacción de necesidades, convivencia pacífica y relaciones sin violencia.

El objetivo principal es visibilizar las características neurológicas en personas que ejercen violencia laboral e ir entretejiendo desde la comprensión de lo social una propuesta que establezca un trato horizontal, digno de sociedades que requieren de ser cuidadas y curadas.

El hostigamiento laboral es un tema de importancia a nivel mundial, es uno de los problemas que afectan a la sociedad en ámbitos de salud mental, física, social y familiar. No es un tabú que los trabajadores en algún momento de su experiencia laboral han sufrido abuso por parte de un hostigador; ¿Qué es hostigar?, según la Real Academia Española (RAE, 2023) define hostigar como: "Molestar a alguien o burlarse de él insistentemente" ; otro significado propuesto es "incitar con insistencia a alguien para que haga algo"; este verbo describe a una persona que causa daño intencional, así como situaciones incómodas e inapropiadas para otros, creando víctimas y entornos peligrosos, especialmente en el ámbito laboral.

La persona que sufre de hostigamiento laboral no sabe cómo afrontar las situaciones para poder modificar su entorno social, el no poder controlar estos escenarios sobre todo en un área tan importante para la vida del trabajador, lo lleva a desencadenar un desorden individual, familiar e incluso a un estado patológico agudo o crónico.

El Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP, 2022) declara: "En nuestro país, 26.6 por ciento de las mujeres que trabajan o trabajaron alguna vez han experimentado algún acto violento en el ámbito laboral, principalmente de tipo sexual y de discriminación por razones de género o por embarazo. Sus principales agresores fueron en mayor medida compañeros de trabajo (acoso sexual-laboral) con 35.2 por ciento, seguido por los superiores jerárquicos (hostigamiento sexual-laboral) con 19.3 por ciento" (pp.2).

La violencia contra las mujeres es generalizada, afectando a integrantes de todas las religiones, razas, niveles económicos, educativos y edades. Aunque no se limita exclusivamente a las mujeres, son ellas las principales víctimas en relación a los hombres. Esto lo podemos confirmar con las cifras obtenidas en 2020 por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública donde se reporta un 21.9 por ciento de mujeres asalariadas con situaciones de violencia reportando que Coahuila, Querétaro, Aguascalientes, Chihuahua y Jalisco son consideradas las entidades donde más se violentan a las mujeres en el área laboral. (CESOP, 2022)

¿Cómo se es un hostigador laboral?

En el laberinto de la memoria, reflexiono sobre si alguna vez fui más que una víctima, si el poder que creí ejercer me transformó en una Verduga. Recuerdo mi juventud, cuando asumí el timón de programas institucionales, creyente en relaciones horizontales y del respeto a la dignidad humana. El poder se apoderó de mí, y mi voz se convirtió en un látigo frente a todos. En mi santuario de poder, la vergüenza me envolvió, incapaz de disculparme. Desde entonces, aprendí que la violencia disfrazada de liderazgo es un espejismo peligroso. Este fue mi aprendizaje: el silencio es más sabio que el poder público. ([Relato personal], 2022)

Resulta interesante para fines de este capítulo que el lector se plante los siguientes cuestionamientos ¿Qué hace que alguien sea un hostigador? ¿He caído en ese rol sin darme cuenta? ¿Puedo ser un hostigador sin saberlo? Para resolver estas preguntas, es clave comprender que un hostigador laboral ejerce poder, control o dominio sobre la víctima, y puede manifestarse de diversas formas, como acciones que atentan contra la dignidad o las actividades del trabajador, así como situaciones de inequidad.

En la vida, se encuentran personas que atacan a otras restringiéndolas, obligándolas o juzgándolas debido a su posición jerárquica. Los hostigadores pueden restringir, limitar la comunicación, o incluso ejercer omisión e invisibilidad, creando una sensación de inexistencia en sus víctimas. Algunos invaden la vida personal de los trabajadores, interfiriendo en asuntos familiares o de pareja, generando terror en su vida privada. El hostigador no solo afecta la mente de la víctima, sino que también busca dañar su integridad física, empleando violencia sexual, amenazas o maltrato físico, menoscabando su dignidad como ser humano. Elevar el tono de voz, burlarse de características físicas, o criticar creencias políticas o religiosas también constituye hostigamiento e incluso el murmurar a espaldas de las personas. Un hostigador es hábil para crear incomodidad, difamar y utilizar mentiras o rumores para alcanzar sus objetivos.

¿Cuál es el perfil de un hostigador laboral? De acuerdo con LISA Institute (2024), un hostigador tiene las siguientes características: "Personas con baja tolerancia al rechazo y/o a opiniones contrarias a la suya". Para ellos el dudar de sus ideas o desobedecer sus órdenes son sinónimo de ataque.

Cuentan con "escasas herramientas para gestionar el estrés en situaciones de conflicto que suponen cierto grado de tensión". Un hostigador no es capaz de manejar sus emociones por lo que recurre a utilizar gritos, golpes o insultos para expresarse; buscando demandar autoridad. Este tipo de personas "Presentan una personalidad basada en la obsesión". (Institute, 2024)

Los hostigadores exhiben una condicionante ante la víctima para poder obtener lo que les conviene, tomando actitudes repetitivas de manera peligrosa para la víctima. También se consideran individuos que buscan constantemente la admiración excesiva de su persona y esperan ser reconocidas como superiores sin algún logro o talento, se puede entender que se está tratando con un narcisista incapaz de reconocer las necesidades y los sentimientos de los demás. Son definidos como "Personas con una personalidad narcisista". (Lisa Institute, 2024)

Los hostigadores "Pueden presentar rasgos de una personalidad paranoide caracterizada por mostrar actitudes de desconfianza injustificadas" (LISA Institute, 2024). El Manual Merck, conocido en el término anglosajón como MSD en américa latina menciona lo siguiente:

El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por un patrón generalizado de desconfianza injustificada y sospecha de los demás que implica la interpretación de sus motivos como maliciosos. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos. El tratamiento se realiza con terapia cognitivo-conductual (Zimmerman, 2022).

Los hostigadores son buenos imitadores y tratan de adoptar un correcto modelo ético, a pesar de que sus principios sean completamente diferentes a lo correcto. "Presentan una autoestima deteriorada sintiendo envidia hacia las personas que tienen aquello que ellos desean" (LISA Institute, 2024). Por esta razón viven buscando conflictos que no tienen fundamentos, generando un área laboral incomoda e infeliz. Creando presión, estrés e inferioridad entre los compañeros.

El hostigamiento laboral emerge cuando los trabajadores son presionados para satisfacer las demandas y estándares del hostigador, quien ejerce su poder de manera superior. En este ambiente, los trabajadores pierden su autonomía para tomar decisiones, expresar sus opiniones y defenderse.

De acuerdo con la (Norma Oficial Mexicana de los Factores de riesgo psicosocial en el trabajo ([NOM-035-STPS-2018], 2019) define el hostigamiento como: "El ejercicio de poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en el ámbito laboral, que se expresa en conductas verbales, físicas o ambas"; es importante que como trabajadores invitemos al personal a identificar qué tipo de rol estamos tomando en nuestra área laboral y crear juicios de valor para poder identificar el *hostigamiento laboral*.

Sanciones jurídicas del hostigamiento Laboral

La Ley Federal del Trabajo (1970) en el artículo número 3, en el inciso B, define acoso sexual como

una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo del poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos (p. 2).

En La Ley Federal del Trabajo modificado en la revisión del Diario Oficial de la Federación (2019) en el artículo número 51 se definen cuáles son las causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador; se pueden encontrar puntos clave que respaldan a los trabajadores que sufren actos de violencia, algún tipo de amenaza, abuso de poder, salarios mínimos, hostigamiento y faltas de respeto graves que pueden llegar a afectar la salud mental y física del trabajador.

Si el patrón resulta ser el que esté llevando a cabo el papel de hostigador y el trabajador cumple con alguna de las rescisiones que se presentan en el artículo número 52 de la Ley Federal del Trabajo donde menciona que

El trabajador podrá separarse de su trabajo dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se dé cualquiera de las causas mencionadas en el artículo anterior y tendrá derecho a que el patrón lo indemnice en los términos del artículo 50 (DOF, 2019).

Los cuales son:

Si la relación de trabajo fuere por tiempo determinado menor de un año, en una cantidad igual al importe de los salarios de la mitad del tiempo de servicios prestados; si excediera de un año, en una cantidad igual al importe de los salarios de seis meses por el primer

año y de veinte días por cada uno de los años siguientes en que hubiese prestado sus servicios; si la relación de trabajo fuere por tiempo indeterminado, la indemnización consistirá en veinte días de salario por cada uno de los años de servicios prestados; y además de las indemnizaciones a que se refieren las fracciones anteriores, en el importe de tres meses de salario y el pago de los salarios vencidos e intereses, en su caso, en los términos previstos en el artículo 48 de esta Ley. (pp 19-20)

Las sanciones jurídicas contra el hostigamiento laboral ofrecen protección a las víctimas, quienes pueden emprender acciones legales tanto en vías civil, penal y laboral. La reparación del daño civil y la denuncia por discriminación y violencia física son posibles medidas. La declaración de la víctima es la primera evidencia, respaldada por pruebas como mensajes o correos que evidencien difamación, amenazas y rumores, además, los testimonios de compañeros de trabajo afectados son cruciales como pruebas para sancionar al hostigador laboral.

El hostigamiento laboral puede llevar a la víctima a ideas suicidas e incluso al suicidio. Por eso es importante que el patrón haga valer los derechos de los trabajadores y no pase por alto las sanciones correspondientes para el hostigador laboral. Es primordial hacer valer el derecho a una vida libre de violencia, el derecho al trabajo, el derecho a un ambiente laboral sano, el derecho a la no discriminación; generalmente la discriminación se presenta por alguna condición mencionada en el artículo número 56 de la Ley Federal del Trabajo. (p. 21).

En el código del Estado de Campeche (2024) en el artículo número 167 menciona: "Al que con fines sexuales hostigue a una persona, a pesar de su oposición manifiesta, se le impondrán de seis meses a dos años de prisión y multa de cien a doscientas Unidades de Medida y Actualización." (p.38), siendo esta una sanción para el hostigador; esta ley busca crear una sociedad igualitaria donde el trabajar sea una oportunidad libre de desempeñar tu crecimiento profesional y no un área llena de injusticias.

Las leyes se crearon para sancionar a quien incumpla con ellas. El hostigamiento laboral en Campeche es frecuente y se normaliza, es momento de alzar la voz por todas las personas hostigadas en su vida, es hora de hacer justicia proponiendo otras formas de atención y sanción.

Características de un cerebro violento

Es importante señalar todos los procesos involucrados en la conducta agresora, se han visualizado su enfoque social, laboral/académico, así como aspectos legales; pero, a raíz de las situaciones que conllevan a actos violentos y sus mediaciones (causa y efecto) surgen las siguientes preguntas objetivas desde el punto de vista neurocientífico *¿Existe una predisposición para que las personas violentas actúen de esa manera? ¿Qué tejidos, órganos o estructuras anatómicas están afectadas neuropsicológicamente en los actos violentos? ¿Qué cambios bioquímicos experimenta una persona agresiva?*, las conductas violentas al ser un fenómeno multidimensional, se deben abordar desde un enfoque científico, por lo tanto, existen interacciones entre estructuras biológicas, químicas, psicológicas, así como otros factores como la genética y el entorno social que pueden influir en la expresión y regulación de la agresión en los individuos.

En términos anatómicos, diversas regiones del cerebro y sistemas neurobiológicos están implicados en la regulación y expresión de la conducta violenta, dentro de las más importantes se encuentran el sistema límbico, la amígdala, el hipotálamo, la corteza prefrontal, la corteza cingulada, la sustancia gris periacueductual que a su vez van a reaccionar químicamente con neurotransmisores como la serotonina, dopamina y la noradrenalina que en conjunto actúan en un sistema o eje que se denomina mediador de la respuesta de agresión reactiva.

ESTRUCTURAS ANATÓMICAS CEREBRALES IMPLICADAS EN EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

La corteza prefrontal: En una investigación hecha por Ortega-Escobar (2016, p. 63) menciona que “la corteza prefrontal es aquella parte del lóbulo frontal situada delante de la denominada corteza premotora, esta va a incluir regiones de la parte medial del hemisferio como de la parte lateral, a su vez, la corteza prefrontal contiene 3 regiones importantes: la corteza orbitofrontal (COF), la corteza cingulada anterior (CCA) y la corteza prefrontal ventromedial (CP-Fvm)”

En esta subdivisión regional radica la importancia de la corteza prefrontal en el estudio de las respuestas agresivas debido a que podemos hacer énfasis en la corteza orbitofrontal que es la más importante, ya que contiene una conexión especializada con la amígdala, que pueden activar los mecanismos neurológicos implicados en las emociones, lo que permite comprender las respuestas emocionales complejas como la expresión física de la ira de forma impulsiva.

La amígdala: actualmente esta estructura anatómica del encéfalo interactúa de manera conjunta dentro del sistema límbico en los procesos neurológicos como la cognición, la regulación de las emociones, el procesamiento de la recompensa y de los castigos, así como la memoria emocional; también permite la detección de las amenazas internas y externas mediante los órganos de los sentidos y da lugar a la activación del sistema simpático y parasimpático en las respuestas de lucha o huida.

“La amígdala se subdivide en 4 grupos de núcleos; el grupo de núcleos laterobasal es un receptor de información sensorial del tipo exteroceptivo (visual, auditiva, somatosensorial), el grupo centro-medial genera respuestas endocrinas, autónomas y somatomotoras, pero también reciben estímulos viscerales y gustativos; y el grupo superficial está ligado al procesamiento de estímulos olfativos” (Ortega-Escobar, 2016, p. 62), estas estructuras conectan directamente con el hipotálamo.

El hipotálamo y la sustancia gris periacueductal: (Ortega-Escobar, 2016) “la respuesta de la ira y agresión como punto de partida están inmiscuidas directamente en estas dos estructuras anatómicas, actuando en conjunto con la amígdala y la corteza orbitofrontal, y se ha demostrado que la aparición de lesiones o tumoraciones en estas 2 estructuras pueden aumentar la respuesta de la conducta violenta, mientras que la resección de una tumoración o lesión de la región portero-medial del hipotálamo reduce la conducta agresiva” (p. 61).

El hipotálamo actúa como un centro de mando en el sistema límbico que regula y direcciona los impulsos eléctricos y bioquímicos hacia diferentes estructuras del sistema nervioso en dependencia de la respuesta que se debe dar, por lo tanto, esta regulación de los estímulos las realiza de forma aferente y eferente.

LOS COMPONENTES BIOQUÍMICOS DE LA AGRESIÓN Y VIOLENCIA.

De acuerdo con Sepúlveda (2017) el sistema endocrino se activa ante cualquier estímulo estresante externo o interno y va a ocasionar una fusión coadyuvante con las acciones del sistema autonómico activando el eje hipotálamo-hipofisario que va a provocar una activación de la médula suprarrenal que segrega las hormonas esteroideas adrenalina y noradrenalina (epinefrina y norepinefrina) las cuales aumentan la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el flujo sanguíneo, la actividad encefálica y muscular, e incrementan la producción de cortisol que crea un mayor grado de tensión en el organismo que perpetua la acción hormonal mediante una retroalimentación negativa, lo que conlleva a su vez que si una respuesta al estímulo es impulsiva o agresiva esta se prolongue.

Continuando con Sepúlveda (2017) “otra hormona ligada a estos procesos es la testosterona (hormona sexual masculina) que llega al cerebro a través de la sangre y ahí, actuando sobre los circuitos neuronales, disminuye los umbrales para la motivación sexual y disminuye los umbrales para la agresividad, haciendo que el varón sea más agresivo en cuanto más sexualmente motivado se encuentre” (p 6).

El sistema nervioso central: involucra tres sistemas fundamentales: el serotoninérgico, el dopaminérgico y el noradrenérgico, cuyas proyecciones alcanzan el sistema límbico y la corteza cerebral (Mejía Gabriela, p 5). El sistema serotoninérgico tiene un efecto inhibitorio en el cerebro, ya que actúa sobre los receptores ubicados a nivel de la amígdala y contribuye al cese de la conducta agresiva (Badillo et al. 2020, p. 60); aunque otros neurotransmisores y hormonas se han asociado con el comportamiento agresivo, el neurotransmisor más intensamente estudiado ha sido la serotonina o 5 hidroxitriptamina (abreviadamente, 5-HT) este neurotransmisor es fabricado en los núcleos del rafe del tronco del encéfalo y a su vez estos núcleos contactan con la corteza orbitofrontal y el sistema límbico, entre otros (Ortega-Escobar, 2016, p. 66).

El noradrenérgico ejerce un efecto excitador en el cerebro e incrementa el estado de vigilancia y alerta; y el sistema dopaminérgico forma parte de la vía de gratificación del cerebro (Badillo et.al. 2020, p. 60).

La disfunción serotoninérgica central se asocia con la agresión impulsiva de acuerdo con Farrington (2017); lo que sugiere que cambios directos en la estimulación de la secreción o la inhibición de la serotonina condiciona directamente en los cambios comportamentales del individuo agresor (p. 94).

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA EN LA CONDUCTA AGRESIVA.

Los impulsos agresivos y la conducta violenta tienen también un sustento de origen genético, ya sea una génesis hereditaria o una mutación adquirida mediante factores predisponentes; a continuación, se presentan los principales factores genéticos asociados:

El gen MAO-A (Monoamino oxidasa) del cual existe un polimorfismo para baja expresión de MAOA (MAOA-L) y otro para alta expresión de MAOA (MAOA-H) (Urquiza-Zavaleta, 2022, pp 167); el gen MAOA (también llamado “gen guerrero”) codifica la monoaminoxidasa A, que desactiva los neurotransmisores monoamino como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina, de igual forma, las variantes de MAOA de baja actividad conocidas como MAOA-L se han asociado con impulsividad y comportamiento antisocial (González-Tapia, 2015, pp 61).

Los genes referidos por Oliva (2021, pp 5) encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el comportamiento delictivo y los polimorfismos de 5HTTLPR (una región dentro del gen SLC6A4 que codifica el transportador de serotonina) y 5HTR2C (que codifica un subtipo de receptor de serotonina); la proteína 5-HTT (transportador de serotonina) fabricada por un gen cuya región promotora presenta polimorfismo afectando la transcripción de dicho gen.

El sistema de dopamina está regulado por diferentes enzimas catabólicas, incluida la catecol-O metiltransferasa (codificada por el gen *COMT*), de acuerdo con Oliva (2021, pp 5) la homocigosidad del alelo Val se asocia más frecuentemente con el trastorno de conducta que la variante del alelo Met, y aumenta el riesgo de comportamiento agresivo en hombres jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El gen DAT-1 (también conocida como SLC6A3) codifica la proteína transportadora de do-

pamina, que regula el nivel de dopamina intrasináptica y la activación del receptor de dopamina. (Quadeer, 2017, pp 4)

Se cree que los polimorfismos genéticos del receptor de dopamina D2 (DRD2) y del receptor de dopamina D4 (DRD4) influyen en el comportamiento humano (Abrahams, 2019, p. 3). El gen *BDNF* codifica un factor neurotrófico implicado en la plasticidad sináptica, la plasticidad sináptica anormal puede aumentar el riesgo de comportamiento agresivo y antisocial (Lu B., 2015, p. 221). No está claro el papel que desempeñan el cromosoma Y en la conducta delictiva, pero, la presencia del alelo 14 DYS533 y del alelo 14 aumentan el riesgo de comportamiento agresivo. (Yang C., 2018, pp 11)

Metodología

La metodología del estudio se realiza mediante una investigación cualitativa, no interactiva de análisis de conceptos, y su diseño de revisión es bibliográfica. De acuerdo con Codina (2020) la revisión bibliográfica presenta características importantes como evitar la repetición de investigaciones y el uso de teorías obsoletas y desacreditadas, brinda la oportunidad de detección de oportunidades de investigación, proporciona modelos e ideas para nuevas investigaciones; y proporciona un marco metodológico detallado y específico con la finalidad de examinar la bibliografía publicada y analizar los fundamentos y conceptos que en ellas se plantean.

El protocolo de revisión de datos se ajustó de acuerdo a los criterios de Codina (2020), haciendo explícita la búsqueda de información mediante los siguientes parámetros: fuentes utilizadas, idioma de las fuentes, antigüedad de la bibliografía, palabras clave en unitario y en conjunto, criterios de revisión, criterios de inclusión y criterios de exclusión (estos 3 últimos son determinados a partir de la problemática, los objetivos y los intereses de los investigadores), con este protocolo planteado se obtiene el siguiente desarrollo heurístico de la investigación:

- *Fuentes utilizadas:* bases de datos como Elsevier, PubMed, Medigraphic y Scopus, además del uso del buscador electrónico de Google para fuentes de revistas indexadas y libros en formato digital.

- *Idiomas de las fuentes:* español e inglés.
- *Antigüedad de la bibliografía:* Del año 2014 al 2024
- *Palabras clave unitarias:* agresor, hostigamiento, hostigador, violencia, neurociencia, neurofisiología.
- *Palabras clave conjuntas o combinadas:* hostigamiento laboral, acoso laboral, normas de acoso laboral, leyes de acoso laboral, violencia social, neurociencia de la violencia, bioquímica de la violencia, genética de la violencia, psicología de la agresión.
- *Estrategias de búsqueda:* búsqueda parametrizada mediante las palabras clave encontradas en el título o en el resumen de los documentos, búsquedas booleanas simples utilizando sólo las palabras clave individuales y combinadas; filtros de búsqueda en base de datos.

Criterios de revisión: se dio lectura al título, resumen e introducción de los documentos de la búsqueda preliminar como estrategia de inclusión y exclusión; la exploración de lectura debía ir en concordancia con investigaciones semejantes al tema de interés, problema de investigación planteado y sus objetivos, además de verificar la existencia de duplicidad de bibliografía.

Criterios de exclusión: documentos y publicaciones que no estén relacionadas directamente con el tópico específico y objetivo de la investigación, documentos que no se encuentren en revistas científicas, bases de datos, y referencias o páginas de internet que sean publicaciones de origen no científico e investigativo.

Criterios de inclusión: documentos encontrados que cumplan con los requisitos planteados mediante las estrategias de búsqueda de información; además el título, resumen e introducción de los documentos deben tener concordancia y relación directa con los tópicos y objetivos de la investigación de este capítulo.

Resultados y Discusión

Es necesario aplicar las sanciones y hacer uso de los tratados internacionales y nacionales para colocar los límites sociales que necesita esta sociedad patológica, que estimula al hostigador a seguir incrementando estas conductas descritas anteriormente, con asentimiento del sistema patriarcal, sexista, misógino y de desprecio hacia el

que no ostenta el poder. No hay Duda de eso, nacional e internacionalmente se cuenta con los órganos de control, protocolos (si se tiene suerte y no son una simulación, trataran de ser activados en las instituciones y empresas, topándose con la pared de la no profesionalización para la atención y la incapacidad para dar atención inmediata a las víctimas y victimarios), ministerios públicos, centros de atención especializados. Es necesario la profesionalización de estos espacios, la cultura de la denuncia y que las sanciones correspondan a la conducta violenta.

También es sustantivo en esta sociedad patológica comprender y atender a los victimarios, esta afirmación se sustenta en la evidencia médica de la predisposición genética que es bien acogida por esta sociedad patológica para que brote como mala hierba.

Se recomienda la *atención médica y psicológica*, la primera para atender las funciones que se alteran en el hostigador y es explicada en el apartado de *Características de un cerebro violento*, donde se detalla que el comportamiento agresivo o violento es el resultado de una interacción compleja entre factores anatómicos, fisiológicos, genéticos, ambientales y sociales. En el encéfalo, estructuras como el sistema límbico (que incluye la amígdala, el hipotálamo, la corteza cingulada y la corteza orbitofrontal) desempeñan un papel crucial en la regulación de la agresión. Las diferencias individuales en la estructura cerebral pueden influir en las propensiones emocionales de las personas y modificar su comportamiento. Además, desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, así como en hormonas como el cortisol, la epinefrina, la norepinefrina y la testosterona, están asociados con respuestas emocionales e impulsivas. Si bien existe evidencia de una predisposición genética al comportamiento violento, esta interactúa con el entorno; es decir, las personas pueden no desarrollar comportamientos agresivos si no están expuestas a estímulos sociales y ambientales que los influencien. La testosterona y factores genéticos, como el cromosoma Y, se asocian con una mayor propensión a la agresión en individuos de género masculino, siempre y cuando las condiciones ambientales y sociales fomenten este comportamiento.

La propuesta que tenemos en este trabajo es trabajar con las condiciones ambientales que no patologicen a la sociedad a través de la regulación del ambiente, comunidad y sociedad. Es sustantivo para ambientes sociales saludables trabajar horizontalmente, más

allá del malestar e inseguridad que nos genera cotidianamente los actos violentos. La deconstrucción de las masculinidades ya no es suficiente, es necesario educarnos hombres y mujeres, entretejiendo una sociedad donde la dignidad de la persona sea la puerta de entrada a ambientes saludables.

Además de las sanciones, con urgencia son necesarios centros especializados de primer nivel que den atención al que violenta, que este reconozca su condición y con valentía se atreva a iniciar unos procesos de regulación de sus emociones que lo lleven al bienestar y salud como derecho universal.

Para esto citamos a Díaz (2023) Con el enfoque de intervención psicoeducativa, basado en la perspectiva de género, la participación comunitaria para la sensibilización y la educación, promoviendo la conciencia de género mediante reflexiones y diálogos inclusivos. Es esencial involucrar tanto a mujeres como a hombres simultáneamente para ir entretejiendo una sociedad saludable. Díaz refiere que este trabajo no tuvo seguimiento, por lo que no se puede afirmar cambios en los comportamientos.

El trabajo con hombres no se limita voluntad o empatía hacia las mujeres expresa Vargas (2014), tiene como objetivo principal la erradicación de la violencia contra ellas, preocupación histórica. Al ubicar la igualdad como un gran desafío en este trabajo: la perspectiva de género, se reconoce que las desigualdades que enfrentan las mujeres son una manifestación clara de la violencia de género prevalente en nuestra sociedad. Implica reflexión autocrítica y responsabilidad, activando su voluntad para cambiar, ser coherente y basarse en creencias genuinas en alternativas al patriarcado. Reconociendo que el mantenimiento de la masculinidad hegemónica afecta principalmente a las mujeres y a aquellos considerados inferiores.

¿Qué le queda al hostigador con esta predisposición genética y esta sociedad validante de las conductas violentas? Reconocer la violencia como una forma de relacionarse con las otras personas, tejer una red de apoyo que le permita regular la imagen violenta de sí mismo, hacer comunidad con alternativas como las que se expresaran a continuación. El hostigador merece poner atención a su salud física, mental y social. Como la salud es un derecho, no es renunciable, que las empresas e instituciones ofrezcan atención médica y comunitaria para el cambio individual y comunitario.

Coincidimos con Rebollo-Mesa et al. (2010) cuando expresa en sus conclusiones la importancia de conocer la genética de la violencia en humanos e igual de importante es el entorno social en el que la persona violenta se esté desarrollando, fortaleciendo el objetivo de esta revisión bibliográfica de visibilizar las características neurológicas en personas que ejercen violencia laboral e ir entretejiendo desde la comprensión de lo social una propuesta que establezca un trato horizontal, digno de sociedades que requieren de ser cuidadas y curadas.

Conclusiones

Este trabajo de investigación teórica aborda el fenómeno del hostigamiento laboral desde múltiples perspectivas. Ha sido notoria la importancia de visibilizar los efectos neurológicos en las personas que ejercen violencia laboral, así como la necesidad de comprender las características individuales y sociales que propician este tipo de conductas. Es de suma importancia implementar medidas preventivas desde la comunidad, junto con sanciones administrativas y jurídicas para abordar las violencias de forma holística e intercultural.

Es muy necesario profesionalizar los espacios de atención y fomentar la cultura de la denuncia, así como de brindar atención médica y psicológica tanto a las víctimas como a los victimarios. Se hace hincapié en la importancia de trabajar en la deconstrucción de las masculinidades y en promover la igualdad de género como parte fundamental de la erradicación de la violencia laboral.

Se propone un enfoque de intervención psicoeducativa basado en la perspectiva de género y la participación comunitaria para sensibilizar y educar a la sociedad en general. Además, se destaca la necesidad de que las empresas e instituciones ofrezcan atención médica y comunitaria para promover el cambio tanto a nivel individual como comunitario.

Se reconoce la importancia de fortalecer una red de apoyo que permita a los hostigadores: reconocer y abordar sus conductas violentas, y se enfatiza en el derecho a la salud física, mental y social como un elemento fundamental en este proceso de transformación.

Referencias

- Abrahams S, McFie S, Lacerda M, Patricios J, Suter J, September AV y Posthumus M. (2019). Unravelling the interaction between the DRD2 and DRD4 genes, personality traits and concussion risk. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 5(1):e000465. doi: 10.1136/bmjsem-2018-000465. PMID: 30815277; PMCID: PMC6361366.
- ANÁLISIS: Un paso necesario: el trabajo con hombres para avanzar hacia la igualdad de género. (2014). *Dfensor*, 3, 5-10. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54656697/DFensor_03_2014_Copia_en_conflicto_de_MacBook-Pro-de-Roberto-Garda.local_2017-09-30-libre.pdf?1507471500=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3D
- Codina, L. (2020). Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas. *Revista ORL*, 11(2), 139–153. <https://doi.org/10.14201/orl.22977>
- Badillo Alvarado Monserrat, Rodríguez Reynoso Ana Cristina, Trejo García Angélica Azul, Arana Nando Andrea y Rodríguez Chavolla Tania Miroslava. (2020). La fisiología de la violencia. *Colegio Libre de Estudios Universitarios Campus Ciudad de México*. Páginas 58–63.
- Díaz, A. (2023). Construir conciencia de género sobre hombres y masculinidades: una intervención. *REVISTA DE ESTUDIOS DE GÉNERO, LA VENTANA*, 57, PP. 209-238. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i57.7508>
- Eneth, J., Mejía, L., & Curiel, R. (2021). La violencia como fenómeno social: Dimensiones filosóficas para su evaluación. *Revista de Filosofía*, 38(99).
- Entrada libre. (15 de 04 de 2024). [estudioshistoricos.inah.gob.m: https://www.estudioshistoricos.inah.gob.mx/revistaHistorias/wp-content/uploads/historias_94_23-40.pdf](https://www.estudioshistoricos.inah.gob.mx/revistaHistorias/wp-content/uploads/historias_94_23-40.pdf)
- Farrington David P., Gaffney Hannah, Friedrich Lösel y Maria M. Ttofi. (2017). Systematic reviews of the effectiveness of developmental prevention programs in reducing delinquency, aggression, and bullying, *Aggression and Violent Behavior*, Volume 33, Pages 91-106, ISSN 1359-1789, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.11.003>.

- González-Tapia MI y Obsuth I. (2015). “Bad genes” & criminal responsibility. *Int J Law Psychiatry.* ;39:60-71. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.022. Epub 2015 Feb 21. PMID: 25708001.
- Institute, L. (2024). Lista de 10 indicadores para detectar a un acosador/a y cómo gestionarlo. <https://www.lisainstitute.com/blogs/blog/lista-medidas-contra-acoso-ciberacoso>
- Lu B, Nagappan G y Lu Y. (2015). BDNF and synaptic plasticity, cognitive function, and dysfunction. *Handb Exp Pharmacol.* 220:223-50. doi: 10.1007/978-3-642-45106-5_9. PMID: 24668475.
- Mejía Gabriela; García Ederlizabeth; Sánchez Charo; Quiñones Emely y Velásquez Nicole. *Neuropsicología y Neurobiología de la Violencia de Genero.* Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Paginas 1-7. Recuperado de: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/3655/Neuropsicolog%C3%ADa%20y%20Neurobiolog%C3%ADa%20de%20la%20Violencia%20de%20Genero%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mitchell, R., Mitchell, R. N., Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2016). *Pocket Companion to Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease.* Saunders.
- Oliva A, Grassi S, Zedda M, Molinari M y Ferracuti S. (2021). Forensic Value of Genetic Variants Associated with Anti-Social Behavior. *Diagnostics (Basel).* 11(12):2386. doi: 10.3390/diagnostics11122386. PMID: 34943622; PMCID: PMC8700269.
- Ortega-Escobar, Joaquín y Alcázar-Córcoles Miguel Ángel. (2016). Neurobiología de la agresión y la violencia. *Anuario de Psicología Jurídica* 26. Páginas 60–69.
- Qadeer MI, Amar A, Mann JJ y Hasnain S. (2017). Polymorphisms in dopaminergic system genes; association with criminal behavior and self-reported aggression in violent prison inmates from Pakistan. *PLoS One.* 12(6):e0173571. doi: 10.1371/journal.pone.0173571. PMID: 28582390; PMCID: PMC5459412.
- Rebollo-Mesa, I., Polderman, T., & Moya-Albiol, L. (2010). Genética de la violencia humana. *Revista de Neurología,* 50(09), 533. <https://doi.org/10.33588/rn.5009.2009337>
- Relato personal. (2022). Comunicación personal.

- Sepúlveda Rojas, E. y Moreno Paris, J. E. (2017). Psicobiología de la agresión y la violencia. *Revista Iberoamericana de Psicología issn-l:2027-1786*, 10 (2), 157-166. <https://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1246>
- Simbaña, V., Jaramillo, L., & Vinuesa, S. (2017). Aporte de Durkheim para la Sociología de la Educación. *Sophia*, 23, 83. <https://doi.org/10.17163/soph.n23.2017.02>
- Sosa, G. (2022). La propuesta metodológica de Durkheim, a 128 años de la publicación de “Las reglas del método sociológico”. *Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 86.
- Sosa, G., & Sosa, G. (2015). VIOLENCIA Y SALUD COLECTIVA: UN DESAFÍO ANTROPOLÓGICO SOCIOCULTURAL. *Comunidad y Salud*, 13(1), 65.
- Tangarife-Calero, Paula; Ibáñez-Alfonso y Joaquín A. (2020). Neuropsicología de las conductas agresivas: aportaciones a la criminología. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, Vol. 3, No. 2: 171-183.
- Yang C, Ba H, Zhang W, Zhang S, Zhao H, Yu H, Gao Z y Wang B. (2018). The association of 22 Y chromosome short tandem repeat loci with initiative-aggressive behavior. *Gene*. 654:10-13. doi: 10.1016/j.gene.2018.02.039. Epub 2018 Feb 14. PMID: 29452231.
- Zimmerman, M. (Mayo de 2022). Trastorno paranoide de la personalidad. Manual MSD Versión para profesionales: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-paranoide-de-la-personalidad-tp>

CAPÍTULO 7

CONSUMO DE DROGAS Y CONOCIMIENTO DE LOS MODELOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN DOCENTES

FLOR ANDREA SÁNCHEZ-IZAGUIRRE

Licenciada en Enfermería

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

e-mail: a2113420108@alumnos.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0007-6506-9040>

***CARLOS REYES-SÁNCHEZ**

Doctor en Ciencias de la Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

e-mail: crsanchez@docentes.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7758-5906>

ANA GABRIELA HERNÁNDEZ-GARCÍA

Licenciada en Enfermería

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

e-mail: a2163420123@alumnos.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0004-7508-3936>

PERLA MARTÍNEZ-AGUILERA

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

e-mail: pmaguilera@docentes.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-1428-5142>

*AUTOR DE CORRESPONDÊNCIA

Resumen

Introducción: El consumo de drogas es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a los problemas de salud y sociales que genera el uso de estas sustancias, los que impactan negativamente al individuo, a su familia y a la sociedad. En este sentido, los primeros modelos preventivos se basaban en la creencia de que

los docentes no contaban con la información suficiente sobre los efectos negativos del uso de sustancias. El objetivo fue conocer el consumo de drogas y el conocimiento de los modelos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en docentes. **Metodología:** Diseño descriptivo, transversal. La población estará conformada por 911 docentes. La muestra fue calculada con el paquete estadístico G-Power versión 3.1 con un nivel de significancia de .05, con un error estimado del 7% y una potencia de 90%. Por tanto, la muestra total estuvo conformada por 148 docentes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una cédula de datos personales y prevalencia de drogas, una segunda parte que hace referencia a las prevalencias de consumo de drogas que consta de 30 preguntas, un cuestionario para medir el conocimiento de los modelos preventivos del consumo de drogas que consta de 27 preguntas de carácter dicotómico y categórico. Se fundamentó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.26.0. **Resultados:** El 76.4% de los docentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 65.5% en el último año, el 48.6% en el último mes y el 31.1% en la última semana. Con relación al consumo de tabaco, el 58.8% alguna vez en la vida, el 33.8% en el último año, el 25.7% en el último mes y el 22.3% en la última semana. Además, el 10.8% han probado el cigarrillo electrónico alguna vez en la vida, el 5.4% en el último año, el 3.4% en el último mes y el 2.7% en la última semana. En este sentido, el 6.8% han consumido marihuana alguna vez en la vida, el 3.4% en el último año, el 2% en el último mes y el 1.4% en la última semana. el 2% de los docentes ha consumido cocaína alguna vez en la vida y el 0.7% en el último año. **Conclusiones:** Esta investigación reveló que la mayoría de los docentes de secundaria no conocen los modelos de prevención de drogas, lo que sugiere una necesidad de capacitación y apoyo en este tema.

Introducción

El consumo de drogas es una de las problemáticas de mayor preocupación a escala mundial por los problemas de salud y sociales que genera el uso de estas sustancias, los que impactan negativa-

mente al individuo, a su familia y a la sociedad (Rojas-Piedra, et al., 2020), por lo que deviene en una preocupación constante de los actores sociales comprometidos con la búsqueda de acciones de intervención que contribuyan a eliminar la referida práctica nociva, por su magnitud, velocidad de propagación y efectos desagradables (Ochoa-Leyva, et al., 2021).

El uso de drogas siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas en la salud, sobre distintos órganos y sistemas, las cuales pueden darse a corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, así como conductas sexuales en condiciones inseguras (Estrada-Moreno, et al., 2025). El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024).

Los trastornos causados por el consumo de drogas representan una carga física y social para el individuo y la comunidad donde se desenvuelve. Debido a que las consecuencias sociales del uso perjudicial o la dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año se registran 0,6 millones de defunciones debido al consumo de drogas. Un dato que cabe señalar con respecto a estas cifras es que dos millones y 0.4 millones de defunciones por el consumo de alcohol fueron hombres (OMS, 2024).

Además, la prevalencia de consumo alguna vez de cualquier droga es de 7.5% (13.8% hombres y 1.8% mujeres), mientras que la de drogas ilegales es de 7% (13.4% hombres y 1.3% mujeres). El consumo en el último año es de 1% (1.8% hombres y 0.3% mujeres) y el de drogas ilegales es de 0.8% (1.6% hombres y 0.1% mujeres). Respecto al consumo en el último mes, la prevalencia de consumo de cualquier droga es de 0.6% (1.2% hombres y 0.2% mujeres) y la de drogas ilegales es de 0.5% (1% hombres y <0.1% mujeres) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017).

Cabe resaltar que el consumo de drogas y sus consecuencias pueden explicarse desde la perspectiva de las características individuales, centrando el asunto en la responsabilidad de la persona y de su estilo de vida (Rodríguez-Sánchez, & Fabelo-Roche, 2021). Las explicaciones enfocadas en algunos factores propios del individuo tienden a señalar a este como el responsable único del uso de sustancias, produciendo imágenes del consumo parcializadas en la opinión pública, las familias y las comunidades, propiciando acciones dirigidas a alguno de los factores que supuestamente incrementan la probabilidad del uso indebido de drogas (OPS, 2024).

Respecto al modelo de determinantes sociales, permite explicar la probabilidad de un evento, en este caso el consumo de drogas ilícitas y sus consecuencias negativas, juntamente con factores individuales, el contexto social y político, las normas y valores culturales, el acceso a bienes y servicios, entre otros. En este sentido, el Sector Salud contribuye en la reducción de la demanda de drogas, incluyendo las iniciativas que buscan prevenir su consumo, disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud que puede causar el abuso, y proveer de información y tratamiento a los consumidores problemáticos o adictos, con miras a su rehabilitación y reinserción social (Secretaría de Salud [S. S.], 2023).

Por tanto, los primeros intentos preventivos se basaban en la creencia de que lo que ocurría era que el docente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del uso de sustancias y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo (Becoña, 1999).

Cabe mencionar que la evidencia empírica del conocimiento sobre los modelos preventivos del consumo de drogas en los docentes es escasa, por lo que se sugiere que la presente investigación aportará conocimiento nuevo. Además, la investigación brindará información valiosa sobre el conocimiento que tienen los docentes sobre el consumo de drogas y esto pudiera fundamentar algunas estrategias de intervención para el consumo de drogas en docentes de secundaria. Por lo tanto, se plantea el objetivo de conocer el consumo de drogas y el conocimiento de los modelos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en docentes.

Metodología

Estudio con diseño descriptivo, trasversal (Burns y Grove, 2012). La población estuvo conformada por docentes de secundarias de Nuevo Laredo, Tamaulipas. La población total fue de 911 docentes, distribuidos en 32 secundarias. El tamaño de la muestra fue calculado con el paquete estadístico G-Power versión 3.1 (Faul et al. 2007) con un nivel de significancia de 0.05, con un error estimado del 7%, con un valor z de 1.96 y una potencia de 90%. Por tanto, la muestra total estuvo conformada por 148 docentes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Los instrumentos de medición que se utilizaron en el estudio para las variables sociodemográficas fueron una cédula de datos personales y de prevalencia de drogas. Una segunda parte que hace referencia a las prevalencias de consumo de drogas que consta de 30 preguntas. Además, se utilizó un cuestionario ex profeso para medir el conocimiento de los modelos preventivos del consumo de drogas que consta de 27 preguntas con un tipo de respuesta dicotómico.

Para el procedimiento de recolección de datos, se contó con la autorización de la Comisión de ética en investigación de la facultad de enfermería de la Universidad autónoma de Tamaulipas con número de registro UAT-FENL-CEI-L008, posteriormente se solicitó la autorización de las instituciones educativas se invitó a los docentes a participar en la investigación por medio del consentimiento informado donde se les explico de manera precisa y breve los objetivos de la investigación, instrumentos de recolección de la información y el tiempo requerido para contestar los instrumentos, así como la manera en que protegemos la privacidad de sus respuestas obtenidos por medio de su participación.

Después se aplicaron los instrumentos de medición en el sitio asignado por la dirección de la institución, los autores de la investigación estuvieron al tanto por si surgían algunas dudas durante el llenado de los instrumentos y así proceder a resolverlas guiándolos en el entendimiento o dudas que se les presenten, se les pidió a los participantes que al terminar entregaran el cuestionario a uno de los autores y así poder verificar que estuviera completamente contestado, así ser colocados en un sobre amarillo y de esa manera tengan la certeza de que sus respuestas fueron absolutamente anónimas, por

último se les agradecerá por su participación. El presente trabajo de investigación se respaldó en lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (De La Madrid, 2014). Los datos que se obtuvieron fueron procesados a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Sciences, versión 26 [SPSS] 2019).

Resultados

El 60.1% eran del sexo femenino, el 69.6% contaban con estudios universitarios, el 53.4% estaban casados y el 73% pertenecían al turno matutino, la media de edad fue de 41.7 ($DE=10.655$) y la antigüedad laboral fue de 15.4 ($DE=10.452$). Respecto al consumo de alcohol, el 76.4% de los docentes ha consumido alguna vez en la vida, el 65.5% en el último año, el 48.6% en el último mes y el 31.1% en la última semana. Con relación al tabaco, el 58.8% ha consumido alguna vez en la vida, el 33.8% en el último año, el 25.7% en el último mes y el 22.3% en la última semana. Además, el 10.8% de los docentes han probado el cigarrillo electrónico alguna vez en la vida, el 5.4% en el último año, el 3.4% en el último mes y el 2.7% en la última semana. El 6.8% de los docentes ha consumido marihuana alguna vez en la vida, el 3.4% en el último año, el 2% en el último mes y el 1.4% en la última semana. Por último, el 2% de los docentes ha consumido cocaína alguna vez en la vida y el 0.7% en el último año.

Con relación al promedio de edad de inicio del consumo de tabaco fue de 19.1 ($DE=3.716$), la media del alcohol fue de 18.8 ($DE=3.928$), la media del cigarrillo electrónico fue de 26.5 ($DE=5.768$), la media de la marihuana fue de 21.5 ($DE=4.986$), la media de la cocaína fue de 23 ($DE=5.657$) y la media de la cantidad de consumo de tabaco fue de 3.9 ($DE=3.755$) y de alcohol fue de 3.5 ($DE=3.692$). En la tabla 1 se muestra la prevalencia del consumo de tabaco según el sexo; el 30.1% de los hombres consume alguna vez en la vida y el 34% de las mujeres. Además, el 23.3% de los hombres y el 12.6% de las mujeres consumen en el último año. Así mismo, el 20.4% de los hombres y el 9.7% de las mujeres consumen en el último mes. También, el 17.5% de los hombres y el 7.8% de las mujeres consumen en los últimos siete días.

Respecto a la prevalencia del consumo de alcohol según el sexo, el 34% de los hombres consume alguna vez en la vida y el 41.7% de las mujeres. Además, el 30.1% de los hombres y el 35.9% de las mujeres consumen en el último año. Así mismo, el 27.2% de los hombres y el 22.3% de las mujeres consumen en el último mes. También, el 20.4% de los hombres y el 15.5% de las mujeres consumen en los últimos siete días. En relación con la prevalencia del consumo de cigarrillo electrónico según el sexo, el 1.9% de los hombres consume alguna vez en la vida y el 9.7% de las mujeres. Además, el 1.0% de los hombres y el 4.9% de las mujeres consumen en el último año. Así mismo, el 1.0% de los hombres y el 1.9% de las mujeres consumen en el último mes. También, el 1.0% de los hombres y el 1.0% de las mujeres consumen en los últimos siete días.

Asimismo, la prevalencia del consumo de marihuana según el sexo, el 2.9% de los hombres consume alguna vez en la vida y el 3.9% de las mujeres. Además, el 1.0% de los hombres y el 2.9% de las mujeres consumen en el último año. Así mismo, el 1.0% de los hombres y el 1.9% de las mujeres consumen en el último mes. También, el 1.9% de las mujeres consumen en los últimos siete días. Por último, la prevalencia del consumo de cocaína según el sexo, el 1.0% de los hombres consume alguna vez en la vida y el 1.9% de las mujeres. Además, el 1.0% de los hombres consumen en el último año.

Tabla 1

Prevalencia del consumo de drogas según el sexo de los docentes de secundaria

	Hombres				Mujeres			
	No		Sí		No		Sí	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tabaco								
Alguna vez en la vida	12	11.7	31	30.1	25	24.3	35	34.0
Último año	19	18.4	24	23.3	47	45.6	13	12.6
Último mes	22	21.4	21	20.4	50	48.5	10	9.7
Últimos siete días	25	24.3	18	17.5	52	50.5	8	7.8
Alcohol								
Alguna vez en la vida	8	7.8	35	34.0	17	16.5	43	41.7
Último año	12	11.7	31	30.1	23	22.3	37	35.9
Último mes	15	14.6	28	27.2	37	35.9	23	22.3
Últimos siete días	22	21.4	21	20.4	44	42.7	16	15.5

	Hombres				Mujeres			
	No		Si		No		Si	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Cigarrillo electrónico								
Alguna vez en la vida	41	39.8	2	1.9	50	48.5	10	9.7
Último año	42	40.8	1	1.0	55	53.4	5	4.9
Último mes	42	40.8	1	1.0	58	56.3	2	1.9
Últimos siete días	42	40.8	1	1.0	59	57.3	1	1.0
Marihuana								
Alguna vez en la vida	40	38.8	3	2.9	56	54.4	4	3.9
Último año	42	40.8	1	1.0	57	55.3	3	2.9
Último mes	42	40.8	1	1.0	58	56.3	2	1.9
Últimos siete días	43	41.7	0	0	58	56.3	2	1.9
Cocaína								
Alguna vez en la vida	42	40.8	1	1.0	58	56.3	2	1.9
Último año	42	40.8	1	1.0	60	58.3	0	0
Último mes	43	41.7	0	0	60	58.3	0	0
Últimos siete días	43	41.7	0	0	60	58.3	0	0

Nota: f=Frecuencia, %=Porcentaje, n=148

En la tabla 2 se muestra la prevalencia del consumo de tabaco según el turno, el 45.6% de los docentes del turno matutino consume alguna vez en la vida y el 18.4% del turno vespertino. Además, el 23.3% de los docentes del turno matutino y el 12.6% del turno vespertino consumen en el último año. Así mismo, el 19.4% de los docentes del turno matutino y el 10.7% del turno vespertino consumen en el último mes. También, el 15.5% de los docentes del turno matutino y el 9.7% del turno vespertino consumen en los últimos siete días.

Respecto a la prevalencia del consumo de alcohol según el turno, el 54.4% de los docentes del turno matutino consume alguna vez en la vida y el 21.4% del turno vespertino. Además, el 44.7% de los docentes del turno matutino y el 21.4% del turno vespertino consumen en el último año. Así mismo, el 33.0% de los docentes del turno matutino y el 16.5% del turno vespertino consumen en el último mes. También, el 21.4% de los docentes del turno matutino y el 14.6% del turno vespertino consumen en los últimos siete días. En relación con la prevalencia del consumo de cigarrillo electrónico según el turno, el 6.8% de los docentes del turno matutino consume alguna vez en la vida y el 4.9% del turno vespertino. Además, el 2.9% de los docentes del turno matutino y el 2.9% del turno vespertino consumen en el último año. Así mismo, el 1.0% de los docentes del turno matutino y el 1.9% del turno vespertino consumen en el último mes. También, el 1.0% de los docentes del

turno matutino y el 1.0% del turno vespertino consumen en los últimos siete días.

Asimismo, la prevalencia del consumo de marihuana según el turno, el 5.8% de los docentes del turno matutino consume alguna vez en la vida y el 1.0% del turno vespertino. Además, el 2.9% de los docentes del turno matutino y el 1.0% del turno vespertino consumen en el último año. Así mismo, el 1.9% de los docentes del turno matutino y el 1.0% del turno vespertino consumen en el último mes. También, el 1.9% de los docentes del turno matutino. Por último, la prevalencia del consumo de cocaína según el turno, el 1.9% de los docentes del turno matutino consume alguna vez en la vida y el 1.0% del turno vespertino. Además, el 1.0% de los docentes del turno vespertino consumen en el último año.

Tabla 2

Prevalencia del consumo de drogas según el turno de los docentes de secundaria

	Matutino				Vespertino			
	No		Sí		No		Sí	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tabaco								
Alguna vez en la vida	26	25.2	47	45.6	11	10.7	19	18.4
Último año	49	47.6	24	23.3	17	16.5	13	12.6
Último al mes	53	51.5	20	19.4	19	18.4	11	10.7
Últimos siete días	57	55.3	16	15.5	320	19.4	10	9.7
Alcohol								
Alguna vez en la vida	17	16.5	56	54.4	8	7.8	22	21.4
Último año	27	26.2	46	44.7	8	7.8	22	21.4
Último al mes	39	37.9	34	33.0	13	12.6	17	16.5
Últimos siete días	51	49.5	22	21.4	15	14.6	15	14.6
Cigarrillo electrónico								
Alguna vez en la vida	66	64.1	7	6.8	25	24.3	5	4.9
Último año	70	68.0	3	2.9	27	26.2	3	2.9
Último al mes	72	69.9	1	1.0	28	27.2	2	1.9
Últimos siete días	72	69.9	1	1.0	29	28.2	1	1.0
Marihuana								
Alguna vez en la vida	67	65.0	6	5.8	29	28.2	1	1.0
Último año	70	68.0	3	2.9	29	28.2	1	1.0
Último al mes	71	68.9	2	1.9	29	28.2	1	1.0
Últimos siete días	71	68.9	2	1.9	30	29.1	0	0
Cocaína								
Alguna vez en la vida	71	68.9	2	1.9	29	28.2	1	1.0
Último año	73	70.9	0	0	29	28.2	1	1.0
Último al mes	73	70.9	0	0	30	29.1	0	0
Últimos siete días	73	70.9	0	0	30	29.1	0	0

Nota: f=Frecuencia, %=Porcentaje, n=148

En la tabla 3 se muestra que el 13.5% de los docentes conoce la Teoría de acción razonada, el 27.0% la Teoría del aprendizaje social, el 30.4% la Teoría de aprendizaje social/cognitiva social, el 16.9% la Teoría del control social, el 23.6% el Modelo de desarrollo social, el 15.5% el Modelo de ecología social, el 12.8% la Teoría del autodesprecio, el 24.3% el Modelo de varias etapas de aprendizaje social, el 16.9% la Teoría de la conducta problema, el 9.5% la Teoría del clúster de iguales, el 13.5% el Modelo de vulnerabilidad y el 12.2% el Modelo del dominio.

Tabla 3

Conocimiento de modelos y teorías de prevención de drogas en docentes de secundaria

	No		Si	
	f	%	f	%
Teoría de la acción razonada	128	86.5	20	13.5
Teoría del aprendizaje social	108	73.0	40	27.0
Teoría de aprendizaje social/cognitiva social	103	69.6	45	30.4
Teoría del control social	123	83.1	25	16.9
Modelo de desarrollo social	113	76.4	35	23.6
Modelo de ecología social	125	84.5	23	15.5
Teoría del autodesprecio	129	87.2	19	12.8
Modelo de varias etapas de aprendizaje social	112	75.7	36	24.3
Teoría de la conducta problema	123	83.1	25	16.9
Teoría del clúster de iguales	134	90.5	14	9.5
Modelo de vulnerabilidad	128	86.5	20	13.5
Modelo del dominio	130	87.8	18	12.2

Nota: f=Frecuencia, %=Porcentaje, n=148

Discusión

El presente estudio permitió conocer de manera general los datos sociodemográficos del docente de secundaria, así como explorar si estos con frecuencia consumen drogas y el conocimiento sobre modelos de prevención de drogas. De acuerdo con los datos recolectados de las teorías y modelos de prevención del consumo de drogas, se reveló que la mayoría desconoce estas. Se identificó por medio de esas respuestas el bajo conocimiento sobre modelos de prevención de drogas, estos datos coinciden con Martín-Fuentes y Lazo-Rodríguez (2025) según su estudio de 10 docentes (65%) manifiesta una

baja responsabilidad por prepararse y conocer sobre la labor educativa de las drogas, también se reveló que este mismo porcentaje solo realizan actividades espontáneas, muy poco planificadas.

Además, esto concuerda con lo reportado por Miranda-Aldama (2017) en su investigación, nos revela que el 45.5% de los docentes conoce estrategias de prevención, siendo las más conocidas: charlas 33.3%, apoyo familiar 26.6%, evitar la influencia social y terapia psicológica 13.3%. Con respecto al nivel de formación que poseen los docentes en materia de prevención ante el consumo de droga, el 90% de ellos poseen cierta información. Así mismo, el 77.3% expresan que no existen programas de capacitación en la prevención de drogas en el centro escolar.

Por otro lado, existen diferencias en cuanto a la manera en la que los docentes deciden transmitir la información a sus alumnos para prevenir el uso de drogas, dejando claramente evidente la falta de tiempo e interés por parte de esto ya que un notable porcentaje describió solo transmitir a sus estudiantes cuando sea necesario dándonos a entender que por la carga de trabajo administrativo se le complica otorgar el tiempo para preparar clase sobre prevención, esto es similar a lo que plantean Gallard-Muñoz et al., (2021) que en su estudio, nivel de conocimiento de los docentes universitarios sobre el accionar frente a las diferentes situaciones del uso y consumo de drogas, reveló que 21.6% coincide en que deben aplicarse sanciones a los estudiantes por el consumo o ventas e intercambios de las drogas.

Los resultados de esta investigación evidencian claramente la necesidad de capacitar adecuadamente al cuerpo docente en la temática de la prevención de drogas, manejo y solución de los problemas asociados al consumo de drogas por parte de los estudiantes. Sin embargo, para abordar la problemática de la prevención del consumo de drogas es fundamental la enseñanza en el aula, ya que, dado por en nivel educativo en que se encuentra esta población de estudio es pieza clave para brindar la información y la concientización sobre el consumo de drogas, es necesario conocer que, al inicio de la adolescencia, se vuelve complicado abordar al estudiante para lograr el interés por parte de este.

Por parte del gobierno de México se lanzó la Estrategia en el aula prevención de adicciones, guía para docentes, en la cual se revisa que es cada generalidad de las sustancias, pero lo que nos brinda

esa guía para docentes con planes de trabajo con sesiones de 3 a 20 minutos con diferentes actividades para la enseñanza a los alumnos, la cual permite la atención, la participación y la comprensión de los temas. En lo que se refiere a las variables de interés como el consumo de sustancias en los docentes se encontró que en su mayoría tiene tendencia por el consumo de alcohol, siendo esta la predominante, se desconocen las razones por tal consumo, pero se puede adjudicar por la convivencia social, como parte de un momento de relajación o así mismo por presión social.

Conclusiones

Esta investigación reveló que la mayoría de los docentes de secundaria no conocen los modelos de prevención de drogas, lo que sugiere una necesidad de capacitación y apoyo en este tema. Estos hallazgos destacan la importancia de desarrollar estrategias efectivas para involucrar a los docentes y estudiantes en la prevención del consumo de drogas, y sugieren que cualquier intervención debe ser diseñada teniendo en cuenta las necesidades y limitaciones de los docentes.

Referencias

- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>
- Burns, N., Grove, S. K. (2012). Diseños de investigación. En: Investigación en enfermería. 5ta Ed.: Madrid: Elsevier; p. 209-51.
- De La Madrid H. M. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. D Of la Fed [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 16];1-31. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
- Estrada-Moreno, B. E., Meza-López, F. E., & Uribe-González, A. G. (2025). La enfermedad de la adicción. *Las adicciones: panorama neurocientífico*, 247.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the

- social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Gallard-Muñoz, M. I. E., & Álvarez Yaulema, M. S. (2021). Nivel de conocimiento de los docentes universitarios sobre el accionar frente a las diferentes situaciones del uso y consumo de drogas. *Revista Qualitas*, 23(23), 037 - 047. <https://doi.org/10.55867/qual23.04>
- 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, Tabaco 2016–2017: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Breton-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.
- Martín-Fuentes, M. R., & Lazo Rodríguez, M. (2025). La labor educativa en la prevención de las drogas en la Educación Técnica y Profesional. *Opuntia Brava*, 17(1), 197–211. <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/2036>
- Miranda-Aldana, L. Y. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas de los docentes de los colegios Modesto Armijo Lozano y Salomón de la Selva, ante el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, en el periodo de septiembre-octubre de 2015* (Doctoral dissertation).
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). La adicción y la salud. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- Ochoa-Leyva, Y., Leyva-Figueroa, P. A., & Mendoza-Tauler, L. L. (2021). Estrategia de prevención de la drogadicción para enfrentar los desafíos sociales. *Ciencias Holguín*, 27(1), 52–64.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). Comunicado de prensa: Cada año fallecen más de tres millones de personas, sobre todo varones, debido al consumo de alcohol y drogas. <https://www.who.int/es/news/item/25-06-2024-over-3-million->

- annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men
- Organización Panamericana de la Salud (2024) Uso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>
- Rodríguez-Sánchez, M., & Fabelo-Roche, J. R. (2021). Caracterización del estilo de vida en la etapa de recuperación de adolescentes adictos a drogas ilegales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000300013&lng=es&tlng=es
- Rojas-Piedra, T., Reyes-Masa, B., Tapia-Chamba, A., & Sánchez-Ruiz, J. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *Journal of business and entrepreneurial studies*, 4(1). <https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/>
- Secretaría de Salud (S. S.) (2023). Obtenido de Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja_de_datos_consumo_de_sustancias_2022.pdf
- Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] Version 26.0 para Windows. Inc. Base; 2019.

CAPITULO 8

EL SENTIR DEL HOSTIGAMIENTO LABORAL Y LOS EFECTOS NEUROLÓGICOS EN LA VICTIMA

MARTHA ALICIA LARA-HEREDIA

Doctora en Neuroeducación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: alara@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0007-1836-4282>

*PAMELA DEL JESÚS JIMÉNEZ-VALLEJO

Maestra en Innovación y prácticas educativas

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: pvallejo@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0003-1336-2388>

GUADALUPE MELISA SANTIAGO-PÉREZ

Licenciada en Medicina

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: 154185@mail.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0006-0408-3220>

NICOLÁS ANTONIO RAMOS-LEYVA

Licenciado en Medicina

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: 171544@mail.unacar.mx

<https://orcid.org/0009-0007-5089-6107>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: Este trabajo de investigación teórica es el primero de dos capítulos sobre el hostigamiento laboral, centrado en visibilizar los efectos neurológicos en las personas que han experimentado violencia laboral de forma sistemática. Dada la importancia de comprender estos efectos en la salud de las víctimas. **Metodología:** el método empleado es documental, seleccionando artículos y docu-

mentos relevantes, así como narrativas terapéuticas de una persona que ha experimentado hostigamiento laboral. **Resultados:** En un contexto como México, donde siete de cada diez mujeres sufren violencia, es crucial examinar los aspectos teóricos de la violencia mencionados, para tomar medidas preventivas y correctivas especialmente en las relaciones entre trabajadores y superiores jerárquicos. Se enfocará en conceptualizar la violencia explorando su relación con la salud y los efectos neurológicos en las áreas física, mental y social de las víctimas. **Conclusiones:** Se subraya la importancia de proporcionar atención primaria a la persona para restaurar su autonomía y bienestar, reconociendo la relevancia de la detección temprana por parte del personal médico de atención primaria.

Palabras clave: Violencia, hostigamiento laboral y efectos neurológicos.

Introducción

Gota a gota: los esfuerzos que realizo para liberarme son inútiles. La locura se está apoderando de mí. Me imagino estar en una de las celdas de San Juan de Ulúa, con una estalactita invisible sobre mi cabeza. Todos los días cae sobre mi persona una gota de omisión, de invisibilidad personal, ¿A caso no existo? En las reuniones no tengo turno para hablar, tomo la palabra cuando tengo la fuerza de alzar la voz. Los correos y las solicitudes para tener condiciones dignas de trabajo, en equidad a las condiciones de los demás trabajadores, no reciben respuesta.

Violencia

Para contextualizar la evolución humana, se torna significativo indagar en qué punto, en los aproximadamente cuatro o seis millones de años de existencia de la humanidad, se pasó de las conductas agresivas a comportamientos violentos.

Patou (2023), en el correo de la de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), explica que es complicado encontrar el momento en que la prehistoria tuvo comportamientos que se puedan nombrar violentos, debido a las limitaciones en las investigaciones de evidencia ósea hallada; de acuerdo con los hallazgos de Patou, existe escasa evidencia que permita concebir la violencia como un componente inherente a la convivencia prehistórica. Patou destaca que, si bien la violencia

intrapersonal ha sido una constante desde tiempos remotos, la manifestación de violencia colectiva, como las guerras, emerge con el progreso económico, político y social de la humanidad, generando modificaciones en las estructuras sociales.

Dando paso a la violencia estructural que sostiene al hostigamiento laboral, la UNESCO (2009) la violencia colectiva surge al parecer en el Cercano Oriente con la sedentarización de comunidades humanas hacia finales del Paleolítico, esto es, unos 13.000 años antes de nuestra era; lo que supone una datación acerca de la violencia de miles de años lo que resulta impresionante en la evolución de la humanidad.

Si bien la violencia guerrera puede considerarse una continuación del periodo medieval, esta dinámica se ve interrumpida con la aparición de nuevas modalidades de violencia, o más precisamente, otras formas de su ejercicio, las cuales, si bien no son nuevas en sí mismas, sí lo son los grupos sociales que las padecen, como los indígenas americanos y africanos convertidos en esclavos. Estos grupos constituyen una de las consecuencias, conocidas como *daños colaterales*, de la explotación de la riqueza americana, al igual que el aumento de la piratería y los ataques navales destinados a apoderarse de las riquezas transportadas. (Iglesias, 2012)

Al analizar el significado de la palabra “Violencia”, se observa que deriva del latín *vis* (fuerza) y *latus* (participio pasado del verbo *ferus*: llevar o transportar). (Trujillo, 2009); ahora bien, abordando desde un enfoque etimológico, la violencia implica el acto de imponer la fuerza sobre algo o alguien. En otras palabras, los romanos utilizarían el término violencia para referirse a acciones que involucran fuerza, furia u otros excesos. (Ordás, 2015)

Dentro de la variedad de definiciones existentes, se reconoce que la violencia es un fenómeno multifacético y cultural. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la violencia se define como *el uso intencional de la fuerza física o el poder real, o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad, con consecuencias que pueden incluir daño psicológico, lesiones, muerte, privación o mal desarrollo.* (Organización Panamericana de la Salud., 2024)

(Iglesias, 2012)Deshebrando la palabra *Violencia*, encontramos que “se deriva del latín *vis* (fuerza) y *latus* (participio pasado del verbo *ferus*: llevar o transportar). En su sentido etimológico signi-

fica, pues, llevar la fuerza a algo o alguien”. (Trujillo, 2009). Dicho de otra manera: “Los romanos recurrirán al término violencia ante acciones que denoten fuerza, furia, u otros excesos” (Ordás, 2015) (Trujillo, 2009). (Ordás, 2015) Existen una variedad de definiciones, la violencia es multifacética y cultural, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) la violencia es el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo”. (Organización Panamericana de la Salud., 2024) (Organización Panamericana de la Salud., 2024)

En la actualidad la violencia se ha convertido en una revolución en la humanidad, la OMS define que existen tipos de violencia: la *violencia autoinfligida* (comportamiento suicida y autolesiones), la *violencia interpersonal* (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco) y la *violencia colectiva* (social, política y económica). La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, lo anterior incluye privaciones o descuido. (OMS, 2002)

De acuerdo con la clasificación de la violencia, es fundamental abordar tanto los tipos como las modalidades en las que se manifiesta este fenómeno. El primero de estos enfoques se centra en la categorización según los comportamientos, mientras que el segundo se refiere a los contextos o espacios donde la violencia tiene lugar. Según el Reporte de Monitoreo Legislativo en colaboración con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en México se identifican un total de 23 tipos y modalidades de violencia, distribuidos en las 32 entidades federativas de la siguiente manera: La violencia sexual, psicológica o psicoemocional, física, patrimonial, económica, familiar o doméstica, en la comunidad o violencia social, laboral e institucional o de servidores públicos y política están previstas en todas las 32 entidades.

La violencia feminicida se contempla en 31, violencia obstétrica en 28, violencia docente en 23, violencia cibernética en 22, violencia mediática o publicitaria en 14, violencia de pareja o en el noviazgo y escolar en 11, violencia en contra de los derechos reproductivos en 9, violencia de género y simbólica en 7, violencia por acoso en 4,

violencia moral en 3 y por último, la violencia en el espacio público en 2 entidades. (Reporte de Monitoreo Legislativo, 2021)

Los tipos de violencias están directamente relacionados a los comportamientos que una o varias personas ejercen sobre otra u otras para dañar su dignidad en cualquier expresión, física, psicológica, económica, patrimonial, etc. Las modalidades se refieren a los espacios donde por estructura social se normaliza la violencia como ejemplo la casa, escuela, espacios laborales, la calle, etcétera.

De manera que el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática menciona como resultado que la violencia psicológica es la que presenta mayor prevalencia (51.6 %), seguida de la violencia sexual (49.7 %), la violencia física (34.7 %) y la violencia económica, patrimonial y/o discriminación (27.4 %). (ENDIREH, 2021). Sin embargo, se realiza una comparación donde se presenta que, en octubre 2020 a octubre 2021, 42.8 % de las de mujeres de 15 años y más experimentaron algún tipo de violencia. La violencia psicológica es la que presenta mayor prevalencia (29.4 %), seguida de la violencia sexual (23.3 %), la violencia económica, patrimonial y/o discriminación (16.2 %) y la violencia física (10.2 %). (ENDIREH, 2021).

Se procederá a abordar la violencia que tiene lugar en los entornos laborales, destacando el acoso laboral como un aspecto de particular relevancia debido a la complejidad de las manifestaciones violentas en este ámbito.

Hostigamiento laboral

“No puedo tolerar estar atrapada en un espacio vacío durante ocho horas sin una labor que me ocupe. Renunciar al derecho de tener un trabajo y no cumplir con mis responsabilidades designadas es como renunciar a una parte de mí misma. Actualmente, me encuentro confinada en un diminuto espacio de dos metros cuadrados, estos dos metros cuadrados (el significado del espacio cambió después del COVID 19), esperando que las autoridades dicten lo que debo hacer. Los meses pasan y aún no se me ha asignado ninguna tarea segura y digna. Me están privando de mi derecho fundamental y mi deber como ser humano: contribuir, trabajar y disfrutar.

El hostigamiento laboral es un tema de importancia e interés con el paso de los años, es una violación a los derechos de los trabajadores de cualquier institución, por lo tanto, constituye un problema de seguridad y salud. En 1976 los estudios de Brodsky Carroll en

Harassed worker, abordan por primera vez el tema del acoso laboral, y a partir de los años noventa 90 con los estudios pioneros de Leymann empiezan a tratarlo como un objeto científico de importancia. (Acevedo, et al., 2009). Sin embargo, Ibáñez e Iñiguez (1996) afirman que el concepto de hostigamiento en el trabajo tiene sinónimos como bullying, amenaza, acoso o terror psicológico, es un término relativamente nuevo que cada vez está más de actualidad porque cada vez son más el número de personas que lo sufren. (p. 5)

El campo conceptual referido al hostigamiento laboral es múltiple, debido a que existen diferentes situaciones de violencia en el ámbito laboral, los diversos conceptos, (Badillo, 2023) menciona que el acoso y hostigamiento laboral son modalidades de violencia que afectan la salud física y emocional de las personas; no importa la relación jerárquica que se tenga con el otro. (p. 323); por su parte Vinatea & Toyama (2021) mencionan que son todas las conductas negativas físicas o verbales en la relación laboral que dañan la dignidad humana del empleado.

Continuando, Acosta y Pulido (2022) mencionan que el hostigamiento es completamente diferente al constructo de mobbing, ya que el mobbing se caracteriza por agresión verbal y física, marginación social y, el abuso sexual dentro de una organización, por lo tanto, se puede afirmar que el hostigamiento laboral y el mobbing son completamente definiciones similares. Otra definición sobre el hostigamiento laboral es la propuesta por Marín y Soto (2022) quienes lo definen como la exposición sistemática a la humillación, los comportamientos hostiles y violentos y la comunicación opresiva y poco ética contra uno o más trabajadores.

El Diario Oficial de la Federación Mexicana (DOF) (2024), utiliza el hostigamiento y acoso laboral como sinónimo, el cual lo define como:

La conducta sistemática del contexto laboral, para intimidar, excluir, opacar, aplanar, amedrentar o consumir emocional o intelectualmente a la víctima, mediante actos hostiles o violentos, excluyendo cualquier labor asignada a la víctima, agresiones físicas o verbales contra su persona, asignación excesiva de carga en los trabajos u otros que puedan afectar su autoestima, salud, integridad, libertad o seguridad. (p. 2)

En pocas palabras el hostigamiento laboral se define como cualquier acto cometido por el rango de mayor jerarquía en una institución, en cambio, el acoso laboral no necesita de jerarquía. En relación con esta investigación el hostigamiento laboral, se clasifica según quien adopte el papel del sujeto activo, el DOF (2024), lo clasifica como horizontal, cuando se realiza entre compañeros del ambiente de trabajo; vertical descendente, cuando ocurre por un superior jerárquico de la víctima y vertical ascendente: se realiza entre quienes ocupan puestos subalternos respecto al jefe victimizado.

Los organismos internacionales fueron importantes para regular y sancionar el hostigamiento laboral en cualquier empleo, por eso es importante conocerlos.

La Declaración Universal de Derechos Humanos citada en Fontelles (2024) afirma que los siguientes artículos se pueden aplicar en casos de acoso laboral: Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, libertad y seguridad de su persona; Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es un organismo implicado en relaciones de asuntos de trabajo, diferencia hostigamiento y acoso laboral, sin embargo, menciona que, para ayudar a evitar el hostigamiento laboral, en la OIT citada por Fontelles, (2024) debe involucrarse en el convenio colectivo firmado en Ginebra en el año 2001, dicho convenio es relativo a la solución y prevención del hostigamiento laboral. En México contamos con acuerdos nacionales y locales para sancionar y abordar el hostigamiento laboral, dentro de estas leyes, destaca la Ley Federal de Trabajo y fuentes mexicanas establecidas que protegen al trabajador contra el hostigamiento laboral.

Además, López (2023) afirma que en México podemos evidenciar que no existe una ley, específica que proteja al acoso laboral, sino que las empresas u organizaciones, como referencia tienen la Ley Federal del Trabajo, la cual es la principal norma que regula al derecho laboral en México determinando algunas obligaciones para los empleadores, en lo que relaciona a casos de acoso laboral.

En la Ley federal del trabajo de México (2024) se establece: Artículo 3: se enfoca en los actos de discriminación en los trabajadores; Artículo 3Bis: hace referencia que el hostigamiento laborales el ejercicio de un subordinado o un superior que está a cargo de una empresa; Artículo 133: Fracciones XII y XIII, nos permite conocer cuáles son las prohibiciones de los empleadores o patrones; Artículo 47: hace referencia a las causas con las que se puede rescindir un contrato, sin la responsabilidad del patrón; Artículo 51: hace referencia a las causas con las que se puede rescindir un contrato, sin la responsabilidad del trabajador; Artículo 132: establece las obligaciones de los jefes en las empresas; Artículo 994: establece las sanciones que puede recibir la persona que realice acoso laboral .

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017) menciona que respecto a las mujeres como víctimas de violencia laboral, moral y por razón de sexo se sancione a quien efectúe el numeral 14, fracción I de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. El estado de Campeche en el pronunciamiento de cero tolerancias al hostigamiento y acoso sexual en el centro de conciliación laboral (2023) afirma:

- Por faltas graves: Artículo 78 de la Ley General de Responsabilidades administrativa, las sanciones son I. Suspensión del empleo, II. Destitución del empleo, III. Sanción económica, IV. Inhabilitación temporal.
- Por faltas no graves: Artículo 75 de la Ley General de Responsabilidades administrativa, las sanciones son: I. Amonestación pública o privada, II. Suspensión del empleo, III. Destitución de su empleo, IV. Inhabilitación temporal

Según la investigación del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022), se reportaron 109 mil 319 abandonos de maltratados psicológicos por sus actividades y algunos sufrieron amenazas y agresiones físicas, provocando la renuncia de 12 trabajadores cada hora, contabilizando alrededor de 66,581 mujeres y 42,738 varones cada año. (Ceballos, Ramírez y Escalona, 2024). En el hostigamiento laboral se puede idear cualquier situación en la que el individuo se enfrente al estrés provocado por el personal de mayor jerarquía. Si continúa sin solucionarse podría generar afecciones en la salud, tal que Badillo (2023) menciona que la salud de la víctima le impedirá desarrollarse laboralmente, bajara su productividad y afectara

su economía; por lo anterior es importante abordar el hostigamiento laboral con las leyes establecidas.

La CNDH (2017) menciona dos vías para abordar el hostigamiento laboral, la primera la vía jurisdiccional, ante el ministerio público para investigar los hechos; y la segunda la vía no jurisdiccional, ante el órgano interno de control si es instancia pública y ante los organismos públicos defensores y protectores de los derechos humanos.

Efectos neurológicos del hostigamiento en la víctima

Quebrantando mi voluntad: “Sumida en la penumbra de la lucha interna, ha pasado más de un año, un tiempo que parece no haber dejado huella visible, pero que ha erosionado mi ánimo hasta los cimientos”. La violencia laboral, como un mar embravecido, ha transformado a mi persona, llenándome de desesperanza y desánimo. Desde el principio, me he encontrado en desventaja, como una hoja a merced del viento, pues reúno al menos tres indicadores de vulnerabilidad: ser mujer, subordinada e inteligente (la inteligencia de una mujer molesta al misógino). Una alianza oscura se ha forjado para socavar mi voluntad, y pienso que están logrando su cometido.

En el relato anterior se pueden identificar algunos síntomas que están predisponiendo a la persona a tener enfermedades físicas, mentales o sociales y la aparición de estos pensamientos y sentimientos, tienen una explicación biológica. La violencia cambia la bioquímica del cerebro.

El ADN humano codifica proteínas, incluyendo aquellas que regulan los circuitos neuronales. Estos genes neuronales representan una parte significativa de la información genética expresada en el cerebro, influyendo en nuestras emociones, sensaciones y comportamiento social. La predisposición genética hacia la novedad, por ejemplo, muestra una herencia del 60% en la conducta social humana. El cerebro humano ha evolucionado para experimentar emociones y sensaciones, las cuales desencadenan respuestas físicas y químicas que afectan nuestra percepción consciente a través de estructuras cerebrales subcorticales y corticales.

La ira, agresividad y violencia son emociones inherentes, pero la civilización ha impuesto límites a estos impulsos en pro del bienestar social. La violencia es un comportamiento complejo, influenciado por factores genéticos, biológicos, sociales y culturales, que

los neurocientíficos buscan comprender desde una perspectiva tanto individual como social.

El hostigamiento laboral se ha asociado con diversos problemas de salud, incluida la angustia psicológica, problemas para dormir, síntomas depresivos, trastornos musculoesqueléticos, dolor e incluso ideas suicidas. Estos problemas de salud pueden tener un impacto significativo en el bienestar y la productividad de las personas en el lugar de trabajo. (Ortega y Rodríguez, 2016)

Entre los efectos neurológicos que experimenta la víctima de hostigamiento laboral puede presentar síntomas variados y se manifiestan como una combinación de problemas físicos, mentales, psicosomáticos y conductuales. A menudo, se clasifican como trastorno de estrés postraumático o ansiedad generalizada, aunque muchos psiquiatras prefieren diagnosticar un trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos. Las víctimas también pueden experimentar otros síntomas como trastornos del sueño, dificultades de concentración, tensión muscular, baja autoestima e inseguridad. El trastorno de estrés postraumático es más complejo cuando los eventos traumáticos son prolongados y complicados, como en casos de hostigamiento laboral, lo que da lugar a una sensación constante de peligro, actitudes de sospecha, sentimientos de vacío y desesperanza, o persistente aislamiento emocional (Rebolledo et al., 2010).

El trastorno de estrés agudo (TEA) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) surgen como consecuencia de la vivencia de un evento traumático que representa una amenaza significativa, ya sea física, emocional o psicológica, para la seguridad del individuo o de alguien cercano a él. Según el DSM-5, ambos trastornos se incluyen en la categoría de *trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Ambos se caracterizan por un aumento del estrés y la ansiedad tras la exposición a un evento traumático, diferenciándose principalmente en el criterio temporal: los síntomas del TEA se manifiestan en el último mes, mientras que los del TEPT persisten durante más de un mes. Los síntomas se agrupan en cuatro categorías diagnósticas: reexperimentación, evitación, cognición/humor negativos e hiperalerta. La prevalencia internacional del TEPT se estima en un 3,9% en la población general y en un 5,6% entre aquellos expuestos a traumas. El TEPT se relaciona con un alto grado de deterioro funcional, quejas somáticas, riesgo de suicidio y otros trastornos psiquiátricos comórbidos. (Crespo, et al., 2019)

El TEPT derivado del hostigamiento laboral puede manifestarse a través de una serie de síntomas que reflejan la intensidad y la persistencia del trauma psicológico experimentado en el entorno laboral. Estos síntomas suelen estar relacionados con la experiencia traumática y pueden tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar del individuo. De acuerdo con Martos (2023), algunos de los síntomas característicos del TEPT derivado del hostigamiento laboral incluyen:

- Reexperimentación del trauma: Los individuos pueden experimentar flashbacks involuntarios o recuerdos perturbadores del hostigamiento laboral, que pueden aparecer de forma repentina e intensa, causando malestar emocional significativo. También pueden experimentar pesadillas recurrentes relacionadas con la experiencia traumática.
- Evitación y embotamiento emocional: Para evitar revivir el trauma, las personas con TEPT pueden evitar situaciones, personas o lugares que les recuerden el hostigamiento laboral. También pueden experimentar una disminución en la capacidad para experimentar emociones positivas, sentirse desconectados de los demás y tener dificultades para expresar afecto.
- Hiperalerta o vigilancia constante: Los individuos pueden mostrar un estado de alerta excesivo o hipervigilancia, estando constantemente en guardia ante posibles amenazas o peligros en su entorno laboral. Esto puede manifestarse como irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño, dificultades para concentrarse y respuestas exageradas ante estímulos que recuerden el trauma.
- Cambios cognitivos y emocionales negativos: Las personas con TEPT pueden experimentar una serie de cambios cognitivos y emocionales negativos, como pensamientos y creencias negativas sobre sí mismos, los demás o el mundo en general. También pueden experimentar sentimientos de culpa, vergüenza o enfado relacionados con la experiencia traumática.
- Deterioro en el funcionamiento social y laboral: El TEPT puede interferir significativamente en el funcionamiento social y laboral de un individuo, dificultando la capacidad

para mantener relaciones interpersonales saludables, desempeñarse eficazmente en el trabajo y cumplir con las responsabilidades diarias.

Estos síntomas pueden variar en intensidad y duración, lo que afecta de manera diferente a cada individuo. El TEPT derivado del hostigamiento laboral puede afectar significativamente la calidad de vida y el bienestar general de la persona afectada, y requerir intervención profesional para su manejo y tratamiento adecuados.

Por otra parte, es importante considerar el síndrome de Burnout, ya que comparte características con el TEPT, pero este síndrome se adjudica desde su génesis al ambiente laboral hostil, para fines de este capítulo se abordará de forma breve las características del Burnout derivadas del hostigamiento laboral.

La relación entre el hostigamiento laboral y el burnout es una dinámica bidireccional y compleja que merece una exploración más detallada. Por un lado, el hostigamiento laboral puede actuar como un catalizador para el desarrollo del burnout. Cuando un individuo experimenta hostigamiento en el trabajo, se encuentra expuesto a un estrés crónico y persistente que puede socavar su bienestar emocional y mental. La constante presión, la ansiedad y el miedo asociados con el hostigamiento pueden generar un estado de agotamiento emocional y físico, que son características centrales del burnout. Esta exposición prolongada al estrés puede desgastar los recursos psicológicos y físicos de un individuo, llevándolo a sentirse desmotivado, desconectado del trabajo y con una sensación de impotencia, síntomas característicos del burnout (Letelier et al., 2014).

Por otro lado, los síntomas del burnout pueden aumentar la vulnerabilidad de un individuo al hostigamiento laboral. Cuando alguien experimenta burnout, su capacidad para enfrentar y resistir situaciones estresantes se ve comprometida. El agotamiento emocional y la falta de realización personal pueden hacer que los trabajadores sean menos capaces de establecer límites claros, defenderse de comportamientos abusivos o buscar apoyo adecuado. Además, el desgaste emocional y mental asociado con el burnout afecta a la percepción y autoestima, por lo que un individuo puede tolerar o internalizar el hostigamiento en vez de confrontarlo o buscar ayuda. (Saborío y Murillo, 2015)

El síndrome de burnout derivado del hostigamiento laboral se manifiesta mediante síntomas emocionales, conductuales, físicos y cognitivos que reflejan el impacto del estrés crónico y la presión laboral. Estos síntomas pueden tener consecuencias en la salud y el bienestar de los trabajadores y en el funcionamiento de la organización. Es fundamental abordar el hostigamiento laboral y promover un entorno de trabajo saludable y de apoyo para prevenir y gestionar el burnout de manera efectiva.

Metodología

Se realizó un trabajo de investigación teórico-documental, de alcance descriptivo, en el cual se realizó una revisión bibliográfica centrada en la definición y perspectivas de diversos autores sobre violencia laboral, así mismo, se describen los efectos neurológicos en la víctima, abordando el marco legal internacional, nacional y estatal. Para ello se realizó una búsqueda en diversas bases de datos tales como, Dialnet, Google académico, PubMed, Elsevier, así como las páginas oficiales de las dependencias nacionales de estadística; se obtuvieron un total de 32 fuentes que concuerdan con los términos *violencia laboral*, *hostigamiento laboral*, *consecuencias neurológicas* y *consecuencias psiquiátricas*. Además, se contó con el testimonio de una persona, que se identifica como mujer, profesional, trabajadora desde hace más de 20 años en una institución gubernamental, quien interpuso una queja por hostigamiento laboral en el lugar donde labora; con la técnica narrativa expresa su pensar y sentir, la restauración de su autonomía fue a través de la atención psicológica generosensitiva. Se obtuvo el consentimiento informado para utilizar en los trabajos realizados por este equipo de investigación las narrativas que entregó con el propósito de visibilizar el sentir de una persona en situación de violencia. Es importante observar que el consentimiento y manejo de la información fue bajo el estudio se basa en lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), Título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, Disposiciones comunes.

Resultados y Discusión

En el presente análisis, se reconoce el acoso laboral como una forma de violencia que afecta tanto a mujeres como a hombres en el entorno laboral y sus extensiones, destacando la salud como un derecho universal y un estado de bienestar pleno. Se resalta la importancia de que cualquier individuo que experimente violencia pueda recuperar su autonomía, ya que la evidencia médica indica que el acoso laboral sistemático conlleva riesgos para la salud física, mental y social, como se detalla en la sección sobre los efectos neurológicos.

En la revisión teórica realizada en este trabajo, se observa que se presta poca atención a los efectos neurológicos del acoso laboral y, en consecuencia, a la atención pertinente. Los resultados de la búsqueda y selección de información reflejan esta realidad, que podría ser aún más amplia que lo que sugieren las investigaciones sobre violencia en el lugar de trabajo. Por lo tanto, se proponen medidas de prevención y atención horizontal basadas en la filosofía generosensitiva para las relaciones, así como en la atención individual y la detección temprana en los centros de salud.

Es interesante la perspectiva de la Universidad La Salle (2024) que enfatiza la importancia de trabajar en la autonomía desde la universidad para prevenir la violencia de género, promoviendo una autonomía con capacidad de discernir y actuar entre lo individual y lo colectivo, y la participación comprometida. Esta propuesta pedagógica vincula la resolución de problemas cotidianos en las aulas más allá de la teorización. Para restablecer los ambientes laborales, sería valioso considerar esta didáctica como una forma sensible de relacionarnos con los géneros, reconociendo diversas problemáticas como la hegemonía patriarcal, las colonizaciones, la misoginia, el sexismo y el androcentrismo, entre otros.

La pregunta clave para prevenir y reducir el acoso laboral sería: ¿cómo se puede ser sensible con lo que está sucediendo? La pedagogía generosensitiva nos anima a reconocer la violencia en los entornos de trabajo y a proponer formas sensibles de prevención a través de relaciones desapegadas del poder. La didáctica generosensitiva proporciona herramientas para construir relaciones horizontales basadas en la confianza, donde el temor y el miedo se disuelven en prácticas horizontales. Aquellos que facilitan estos procesos de cambio deben ser conscientes de su rol y practicar relaciones hori-

zontales entre personas, reconociendo todas las voces y fomentando la diversidad social y polifónica. (La Salle, 2024)

Es importante intervenir en la estructura social que perpetúa la violencia desde instituciones y empresas. Además, es crucial abordar los efectos neurológicos que experimentan las víctimas durante y después de los episodios de hostigamiento laboral. Nos interesa restaurar la autonomía de mujeres y también es relevante incluir a hombres que son víctimas de violencia, según propone el Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos.

La orientación género sensitiva, se enfoca en la experiencia de la mujer que vive en situación de violencia y considera la violencia como una consecuencia lógica de la condición de la mujer en la sociedad. Por su parte, quien abusa es considerado responsable por sus acciones sin tomar en cuenta el comportamiento de los demás miembros de la familia. (Centro Nacional de Equidad de Género Y Salud Reproductiva, 2010)

Esta orientación generosensitiva, de enfoque horizontal y educativo, se centra en la atención a las afectaciones a la salud de la víctima, especialmente en las áreas de la salud mental. Se examinan los síntomas depresivos, ansiosos y los trastornos por estrés post-traumático como consecuencia de la exposición a la violencia.

Es importante destacar que no todos los profesionales de la psicología están capacitados para brindar esta orientación. Se requiere formación en terapias no androcentristas y el uso de instrumentos de medición no sexistas para evitar sesgos que puedan revictimizar a la persona. Se recomienda formación en enfoques humanistas, cognitivo-conductuales, terapia relacional emotiva y la teoría de Beck. La terapeuta necesita capacitación para proporcionar una terapia horizontal, reconociendo la existencia de la violencia como delito y asegurando que la víctima no es responsable de haberla experimentado. También debe reconocer su propia historia, manejar sus emociones y experiencias personales, y abordar temas como la aceptación, el cambio y el perdón como parte del proceso de restauración personal. La reconciliación no es necesaria para restaurar la autonomía de la persona, quien decide con quién relacionarse en beneficio de su reconstrucción. (Centro Nacional de Equidad de Género Y Salud Reproductiva, 2010)

Por otra parte, la detección en la atención primaria a la salud es crucial debido a la alta incidencia de la violencia en la actualidad.

Es de suma importancia promover la prevención y la intervención temprana en los casos de violencia. Como profesionales de la salud, siempre hemos reconocido que somos el primer contacto de nuestros pacientes, por lo tanto, también debemos ser el primer punto de contacto para las víctimas de cualquier tipo de violencia. Esto nos permite llevar a cabo una detección y derivación oportuna. Cuando se menciona atención primaria, se hace referencia a la promoción de la salud dentro de la sociedad. Esto implica educar y concienciar a los individuos y proporcionar espacios seguros y de confianza para quienes estén experimentando esta problemática para recibir atención especializada.

Conclusiones

Nativa de la isla del Carmen, observo el Golfo de México, refugio de navegantes. Viendo al horizonte reflexiono sobre la violencia laboral que vivo, es como navegar en aguas turbias y peligrosas. Me detengo a cuestionar el origen de estas percepciones, recordando mi experiencia como educadora de calle, donde aprendí a valorar la dignidad de cada persona y a practicar relaciones horizontales y respetuosas. Me preparo para afrontar el hostigamiento laboral con determinación, buscando restaurar mi autonomía y hallar refugio en una red de apoyo.

En conclusión, el hostigamiento laboral es un fenómeno que puede desencadenar consecuencias graves en la salud mental y emocional de los individuos afectados. La exposición prolongada a comportamientos abusivos y destructivos en el entorno laboral puede dar lugar a la manifestación de síntomas característicos tanto del síndrome de burnout como del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estos trastornos, aunque distintos en su naturaleza, comparten una dinámica compleja y bidireccional con el hostigamiento laboral, donde tanto la víctima como el entorno laboral desempeñan roles significativos.

Por un lado, el hostigamiento laboral puede actuar como un factor desencadenante del burnout, erosionando gradualmente la salud mental y emocional del individuo a través de la exposición prolongada al estrés crónico y la presión psicológica. Esta exposición constante puede conducir a un estado de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, características centrales del burnout. Por otro lado, los síntomas del burnout pueden aumentar la vulnerabilidad de los individuos al

hostigamiento laboral, al afectar su capacidad para establecer límites claros, defenderse de comportamientos abusivos y buscar apoyo adecuado.

Además, el hostigamiento laboral puede dar lugar al desarrollo de TEPT en aquellos individuos que han experimentado un trauma psicológico significativo en el entorno laboral. Los síntomas del TEPT, como la reexperimentación del trauma, la evitación, la hipervigilancia y los cambios cognitivos y emocionales negativos, pueden interferir en el funcionamiento social y laboral de la persona afectada, exacerbando aún más el impacto del hostigamiento laboral en su bienestar general.

En este contexto, es fundamental que las organizaciones reconozcan la importancia de abordar el hostigamiento laboral como una cuestión prioritaria en el lugar de trabajo, implementando medidas preventivas y políticas de intervención efectivas para promover un entorno laboral saludable y seguro. Se destaca la necesidad de ofrecer apoyo y recursos adecuados para personas afectadas por el hostigamiento laboral, facilitando el acceso a intervenciones terapéuticas y de apoyo que les permitan recuperarse y reintegrarse al entorno laboral. En última instancia, la prevención y la intervención temprana son fundamentales para mitigar el impacto del hostigamiento laboral en la salud mental y el bienestar de los trabajadores, promoviendo un ambiente laboral que fomente el respeto, la dignidad y la equidad para todos sus miembros.

Referencias

- Acevedo, Doris, Biaggii, Yajaira, & Borges, Glanés. (2009). Violencia de género en el trabajo: acoso sexual y hostigamiento laboral. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 163-182.
- Beatriz Acosta-Urbea, F. P.-C. (2022). Hostigamiento Psicológico Laboral en Trabajadoras Domésticas. *Salud y administración*, 9(26), 37-51.
- Cámara de Diputados de H. Congreso de la Unión. (02 de 04 de 2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud . *Diario Oficial de la Federación*. Mexico, México.

- Centro Nacional de Equidad de Género Y Salud Reproductiva. (2010). *Atención Psicológica a Mujeres en situación de violencia*. Ciudad de México.
- Crespo Generelo, T., Camarillo Gutiérrez, L., & de Diego Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12(84), 4918–4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Cruz Ramayo, J., (febrero 10, 2023). Pronunciamiento de cero tolerancias al hostigamiento sexual y al acoso sexual en el centro de conciliación laboral del estado de campeche. <http://cencolab.campeche.gob.mx/cencolab>
- UNESCO. (2023). <https://courier.unesco.org>. <https://courier.unesco.org/es/articles/los-origenes-de-la-violencia>
- ENDIREH. (2021). ENDIREH. https://semar.gob.mx/UPRODEHU/Igualdad/ENDIREH_2021.pdf
- Fontelles, À. (2024). Legislación del mobbing en ámbito internacional. [fontelles.com. https://www.fontelles.com/legislacion-del-mobbing-en-ambito-internacional/](https://www.fontelles.com/legislacion-del-mobbing-en-ambito-internacional/)
- García Almeyda, C. E., & Pérez Pacheco, Y. (2021). Hostigamiento laboral en México. Su regulación en pro del respeto de la dignidad humana. *Poder Judicial Del Estado De México, Escuela Judicial Del Estado De México*, (13), 341-350. Recuperado a partir de <https://exlegibus.pjedomex.gob.mx/index.php/exlegibus/article/view/234>
- Garfias, M. E. L. (2017). Acoso laboral “Mobbing”. CNDH Mexico.
- Gobierno de México. (2017). Gobiernos de México. <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/violencia-contrahombres-una-violencia-mas-silenciosa?idiom=es>
- Iglesias, J. J. (2012). [dialnet. https://www.elespanol.com/el-cultural/letras/20120220/juan-jose-iglesias-percepcion-violencia-historica-cultural/16248827_0.html](https://www.elespanol.com/el-cultural/letras/20120220/juan-jose-iglesias-percepcion-violencia-historica-cultural/16248827_0.html)
- INEGI. (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer. (Comunicado de prensa No. 124/18). México: Autor. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/mujer2018_Nal.pdf?platform=h.
- Letelier, G., Navarrete, E., & Farfán, C. (2014). Síndromes organizacionales: mobbing y burnout. *Reibci.org*. Recuperado el

- 15 de abril de 2024, de <http://www.reibci.org/publicados/2014/mayo/4568333.pdf>
- Ley Federal del Trabajo, [L.F.T.], Reformada, Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 24 de enero de 2024, (México).
- Marín Marín, Diego, & Soto, Alonso. (2023). Hostigamiento laboral y síndrome de burnout en personal sanitario en un hospital de referencia. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(3)
- Martos, N. Q. (2023). Propuesta de intervención psicológica temprana en episodios de violencia ocupacional externa para el tratamiento del trastorno de estrés agudo, a través del uso de la teleterapia. Universidad de Catalunya.
- Ordás, L. (2015 de 8 de 2015). Instituto español de estudios estratégicos. https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/r/e/revista_ieee_6.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Protocolo de actuación frente a casos de violencia laboral, hostigamiento y acoso sexual, dirigido a las empresas de la república mexicana. (2017). Gobierno de la Republica. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/281042/Protocolo_28062017_FINAL.pdf
- Rebollo-Mesa I, Polderman T, Moya-Albiol L. Genética de la violencia humana. *Rev. Neurol* 2010; 50: 533-40.
- Reporte de Monitoreo Legislativo. (17 de 09 de 2021). igualdaddegenero.cndh.org.mx. https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/TIPOS_MODALIDADES_DE_VIOLENCIA_CONTRA_MUJERES.pdf
- Rodríguez, M. G. (2023). Acoso y hostigamiento laboral en C. Badillo (Ed.), *Perspectiva de géneros* (pp 5-334). UJED
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J.H., Mariné, A., et al. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub5
- Saborío Morales, L. y Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Salud, O. M. (s.f.). OMS. 2002: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>

- Carmona Suárez, Mayra. (1999). Violencia y sociedad. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 14-17. Retrieved April 20, 2024, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100004&lng=en&tlng=es.
- Castellanos-Suárez, Viviana. (2021). Violencia contra la mujer, contruyendo su dignidad. Lo jurídico, psicológico y laboral. *Revista Investigación y Negocios*, 14(24), 41-52. Epub 31 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.38147/invneg.v14i24.146>
- Blair Trujillo, Elsa. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y cultura*, (32), 9-33. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422009000200002&lng=es&tlng=es.
- Unesco. (2009). Unesco. <https://courier.unesco.org/es/articles/los-origenes-de-la-violencia#:~:text=Las%20investigaciones%20arqueol%C3%B3gicas%20nos%20muestran,a%20una%20econom%C3%ADa%20de%20producci%C3%B3n>.
- Universidad de la SALLE. (2024). Didácticas género sensitivas: pistas para prevenir las violencias basadas en género desde la Universidad.
- Vinatea, & Toyama. (2021, septiembre 2). ¿Qué es el hostigamiento laboral y cómo afrontarlo? Vinatea & Toyama. <https://www.vinateatoyama.com/que-es-el-hostigamiento-laboral-y-como-afrontarlo/>

APARTADO III

ASPECTOS NUTRICIONALES

CAPÍTULO 9

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PERCEPCIÓN CORPORAL Y EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ENTRE PERSONAL DE SEGURIDAD Y CUSTODIA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS DEL ESTADO DE MÉXICO

***ALEJANDRA KARINA PÉREZ-JAIMES**

Doctora en Educación y Salud Pública

Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México

e-mail: kperezj001@profesor.uaemex.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3079-1782>

CÉSAR UZIEL ESTRADA- REYES

Doctor en Educación y Salud Pública

Universidad Mexiquense del Bicentenario, Estado de México, México

e-mail: cesar.estrada.nut@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4932-2214>

JUAN PABLO SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ

Doctor en Psicología

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: jsanchez@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6462-0968>

ÁNGEL ESTEBAN TORRES-ZAPATA

Doctor en Educación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: macronutriente@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6066-3258>

*Autor de correspondência

Resumen

Introducción: La percepción de la imagen corporal es un fenómeno complejo y dinámico que está estrechamente relacionado con la aceptación del propio cuerpo. Este estudio investiga la relación entre la percepción de la imagen corporal y el diagnóstico nutricional.

Metodología: Utilizando un enfoque observacional, cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Los datos fueron analizados mediante medidas de tendencia central y pruebas estadísticas como la Prueba t de Student y la Chi-cuadrada. La muestra incluyó a un total de 40 participantes, de los cuales 37 eran hombres y 3 mujeres.

Resultados: La asociación entre la percepción de la imagen corporal y el índice de masa corporal (IMC) fue más pronunciada en este estudio que en investigaciones anteriores. Se observó que los participantes con diagnóstico nutricional normal tenían una percepción más precisa de su imagen corporal en comparación con aquellos que tenían obesidad tipo 1 o 2. **Conclusiones:** Los resultados revelaron que la mayoría de los participantes tendían a sobreestimar su IMC. Aquellos con un IMC indicativo de sobrepeso creían tener obesidad, mientras que los que tenían obesidad tipo 1 o 2 también tenían una percepción distorsionada de su estado corporal. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre el IMC real y la percepción autodeclarada de los participantes.

Palabras clave: Percepción corporal, estado nutricional, obesidad

Introducción

Los profesionales de la nutrición enfocados en la salud pública han mostrado un interés particular en buscar indicadores que sean económicos y fáciles de aplicar en el trabajo de campo. Estos indicadores deben ser capaces de identificar a las poblaciones en riesgo de malnutrición, ya sea por deficiencia o exceso de alimentación (Escandón-Nagel et al., 2020).

En la última década, ha habido un aumento notable en la preocupación mundial por las enfermedades crónicas no transmisibles, que ahora también afectan a países en desarrollo (Ángeles et al., 2022). Este cambio se atribuye al incremento en la esperanza de

vida y la adopción de estilos de vida poco saludables, como dietas altas en grasas y azúcares, además de la disminución en la actividad física. Estos riesgos se ven exacerbados por la rápida urbanización en muchas regiones en desarrollo, donde las condiciones de vida urbanas pueden fomentar comportamientos poco saludables y dificultar el acceso a alimentos nutritivos y ambientes propicios para la actividad física (Villeras & Juárez, 2020).

La alteración de los hábitos alimentarios en busca de una apariencia acorde a los estándares estéticos prevalentes plantea un desafío emergente en las sociedades prósperas, especialmente para las mujeres, quienes enfrentan una fuerte presión social (Gerbotto & Paturz, 2020). Estudios recientes resaltan la importancia de la percepción distorsionada de la imagen corporal como indicador temprano de trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia y la bulimia (Losada & Rodríguez, 2019). Los profesionales utilizan la percepción de la imagen corporal como indicador de autoestima y satisfacción personal, aunque su evaluación precisa es desafiante debido a la influencia de múltiples factores biológicos, sociales y culturales (Pineda-García et al., 2020).

La formación de la percepción del cuerpo humano está en gran medida influenciada por la interpretación subjetiva que los individuos hacen de él (Estrada et al., 2021). Este proceso se caracteriza por ser una construcción simbólica, no necesariamente reflejando una realidad objetiva, lo que implica que la valoración y significado atribuido al cuerpo pueden variar significativamente entre distintas sociedades (Ferreira-Risso et al., 2010). En otras palabras, la forma en que las personas perciben su imagen corporal está estrechamente ligada a los atributos y significados que la sociedad y la cultura asignan a dicha percepción (Pineda-García et al., 2020).

La percepción de la imagen corporal es un fenómeno complejo y cambiante que está estrechamente vinculado con la aceptación corporal, la cual se refiere a la forma en que una persona percibe su propio cuerpo (Pérez et al., 2020). Esta percepción puede ser afectada por una variedad de factores, como el género, la edad, los medios de comunicación y la relación del individuo con su cuerpo, que a su vez está influenciada por procesos cognitivos como creencias, actitudes y valores arraigados en la cultura (González-Carcelén et al., 2018).

Las alteraciones en la percepción de la imagen corporal pueden causar insatisfacción y emociones negativas asociadas a la apariencia, con distorsiones perceptivas donde el tamaño y la forma del cuerpo no se perciben correctamente (Duno & Acosta, 2019). La relación entre la insatisfacción corporal y las distorsiones perceptivas no está clara: algunos estudios sugieren una asociación directa, mientras que otros no la encuentran (Ferreira-Risso et al., 2020). Además, la correlación entre las medidas perceptivas y la percepción subjetiva no siempre es alta, lo que dificulta determinar si la insatisfacción con el cuerpo conduce a distorsiones perceptivas o viceversa (Duno & Acosta, 2019).

La insatisfacción corporal desproporcionada con la realidad puede indicar trastornos de la imagen corporal (Gerbotto & Paturz, 2020). Aproximadamente un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres en la sociedad occidental experimentan esta insatisfacción, aunque solo un pequeño porcentaje desarrolla trastornos asociados. La percepción individual de la imagen corporal influye en el peso corporal (Salaberria et al., 2007). La sobreestimación del tamaño corporal se asocia con la insatisfacción, promoviendo prácticas alimentarias riesgosas como dietas restrictivas, especialmente entre mujeres (Escandón-Nagel et al., 2019). Sin embargo, estas dietas sin supervisión médica pueden ser peligrosas, más comúnmente realizadas por mujeres que por hombres (Duno & Acosta, 2019).

Los modelos corporales han cambiado significativamente en las últimas cuatro décadas, donde la salud, juventud y atractivo sexual son motivaciones fuertes contra la obesidad (Paredes et al., 2011). Los estudios en México se han centrado principalmente en mujeres urbanas, dejando un vacío de información sobre las comunidades rurales. Los tests de autopercepción de la imagen son útiles para detectar precozmente distorsiones e insatisfacciones corporales que pueden llevar a graves alteraciones en la conducta alimentaria. Al contrastar esta información con la antropometría, se puede identificar con mayor precisión a aquellos individuos con riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y malnutrición (Pérez & Romero, 2018).

El propósito de esta investigación es evaluar la percepción de la imagen corporal en un grupo de trabajadores utilizando modelos anatómicos que representan diferentes valores de índice de

masa corporal. Además, se busca comparar esta percepción con los valores reales del índice de masa corporal para identificar posibles discrepancias en la autopercepción de la imagen corporal, lo que podría indicar un riesgo de desarrollar alteraciones en el comportamiento alimentario.

Metodología

El presente estudio se enmarca en una investigación de tipo observacional, cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por un total de 40 participantes, cuyas edades oscilaban entre los 25 y los 67 años, y todos ellos formaban parte del cuerpo de seguridad y custodia. La selección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo por conveniencia, basado en la participación voluntaria y autorizada de los sujetos, quienes otorgaron su consentimiento informado previo al inicio de la investigación. Es importante destacar que el protocolo del estudio fue sometido a una rigurosa revisión y autorización por parte de la dirección del centro de prevención y readaptación, quienes también explicaron detalladamente los objetivos y procedimientos del trabajo de investigación.

En el marco de la investigación, se llevó a cabo un proceso de entrevistas donde se realizó una medición del peso y la estatura de los integrantes del personal de seguridad. Posteriormente, se les proporcionó un formato diseñado específicamente para evaluar su percepción de la imagen corporal. Esta evaluación se llevó a cabo utilizando un juego compuesto por nueve siluetas, cada una representando una categorización del Índice de Masa Corporal (IMC) según los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es importante destacar que, si bien el instrumento utilizado no incluía una representación visual para la categoría de bajo peso del IMC, el diseño del cuestionario permitía que los participantes se ubicaran por debajo de la silueta correspondiente a la categoría de peso normal. De esta manera, si los miembros del equipo de seguridad seleccionaban una silueta que se ajustaba a su IMC, se consideraba que no había alteración en la percepción de su imagen corporal.

Para la medición del peso de los participantes, se empleó una balanza electrónica portátil de la reconocida marca Omron. Esta balanza está diseñada con una capacidad máxima de 150 kg y una precisión de 100 g, y se sometió a un riguroso proceso de calibración periódica para garantizar la exactitud de los resultados obtenidos. Por otro lado, la estatura de los participantes se registró utilizando un estadímetro de papel milimetrado, que cuenta con una capacidad máxima de medición de 2 metros. Este instrumento se seleccionó por su confiabilidad y facilidad de uso para obtener mediciones precisas y consistentes de la estatura de los participantes en el estudio.

Para la obtención de estas medidas se procedió según lo establecido por la OMS. Los datos del estudio fueron procesados y analizados en SPSS Versión 23. Se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión a los fines de describir las variables estudiadas y se aplicó la Prueba t-Student y Chi-cuadrada.

Resultados

En el ámbito de la salud pública, el análisis comparativo de la percepción corporal y el diagnóstico nutricional es un tema de creciente interés. La percepción del propio cuerpo y la evaluación objetiva del estado nutricional son aspectos fundamentales para comprender la salud y el bienestar de esta población (Platas et al., 201). Este estudio busca explorar posibles disparidades entre la percepción subjetiva de la imagen corporal y las mediciones objetivas de la nutrición, con el fin de identificar posibles áreas de intervención para mejorar la salud y el bienestar de este grupo específico.

En la muestra total de participantes, compuesta por 37 hombres y 3 mujeres, se logró una tasa de respuesta del 100 %. Todos los miembros de la población correspondiente al turno matutino accedieron a completar el cuestionario y a participar en la medición de peso y talla dentro de las instalaciones. Al analizar la distribución del IMC y la percepción corporal percibida según los puntos de corte establecidos, se observa que los hombres presentaron una mayor proporción de sobrepeso que las mujeres. En cuanto a la percepción corporal, cabe destacar que un mayor porcentaje de hombres se autocalificaron dentro de la categoría de normalidad.

En la población estudiada, la edad promedio fue de 43 años. La estatura media de los participantes fue de aproximadamente 1.70 metros, mientras que el peso promedio fue de 82.5 kg, con una desviación estándar de ± 8.5 kg. En cuanto al IMC, se encontró que la media fue de 28.2, lo que indica sobrepeso. Además, el IMC referido fue de 27.1, también indicando sobrepeso (Tabla 1)

Tabla 1
Características de los sujetos de estudio

Variables	\pm	Mínimo	Máximo	p	
Edad	43.1	9.3	25	67	0.051
Estatura	1.70	0.06	1.48	1.86	0.200
Peso	82.5	8.5	59.0	103.6	0.068
IMC	28.2	2.9	23.3	36.3	0.027
IMC Referido	27.1	2.8	23.0	33	0.001

Fuente: Elaboración propia

Se llevó a cabo una prueba t de Student para contrastar las medias obtenidas del IMC y el IMC Referido, que reveló un valor de $p = 0.001$. Esto indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico según el IMC y el IMC percibido por las personas. En otras palabras, los participantes del estudio no tienen una percepción precisa de su estado nutricional, según los resultados obtenidos (Tabla 2)

Tabla 2
Prueba t para el IMC e IMC Referido

	T	p
IMC – IMC Referido	12.29	0.001

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la frecuencia y los porcentajes según el diagnóstico nutricional basado en el IMC, se destaca que la mayoría (66.7 %) de los participantes presentaron sobrepeso. Por otro lado, al evaluar el diagnóstico nutricional percibido, se observa que un porcentaje considerable (33.3 %) de los participantes creían tener obesidad tipo 1 (Tabla 3). Estos hallazgos evidencian una discrepancia significativa entre la realidad y la percepción propia del estado nutri-

cional de los participantes, lo que podría resultar en una falta de motivación para implementar cambios en los hábitos de vida.

Tabla 3
Diagnóstico de IMC e IMC Referido

Diagnósticos		Frecuencia (n=51)	Porcentaje (n=51)
IMC (Real)	Eutrófico	8	15.7
	Sobrepeso	34	66.7
	Obesidad 1	8	15.7
	Obesidad 2	1	2
IMC (Referido)	Eutrófico	7	13.7
	Sobrepeso	11	21.6
	Obesidad 1	17	33.3
	Obesidad 2	8	15.7
	Obesidad Mórbida	8	15.7

Fuente: Elaboración propia

La relación entre el diagnóstico nutricional según el IMC y el autodiagnóstico mostró discrepancias. La mayoría de los participantes con peso normal se percibieron correctamente (87 %), mientras que hubo confusiones en otras categorías. Por ejemplo, entre los participantes con diagnóstico de obesidad tipo 1, el 87 % se ubicó erróneamente en obesidad mórbida. Por último, todos los participantes diagnosticados con obesidad tipo 2 se ubicaron correctamente en esta categoría según su IMC (Tabla 4).

Tabla 4
Relación Diagnóstico de IMC - Diagnóstico de IMC Referido

	Diagnóstico de IMC			
	Normal	Sobrepeso	Obesidad tipo 1	Obesidad tipo 2
Diagnóstico de IMC Referido				
Normal	87.5%	----	----	----
Sobrepeso	----	32.4 %	----	----
Obesidad 1	12.5%	47.1%	----	----
Obesidad 2	----	20.6%	12.5%	----
Obesidad Mórbida	----	----	87.5%	100%

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Investigaciones anteriores han mostrado una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre hombres que entre mujeres en poblaciones similares, lo cual coincide los hallazgos actuales (Ferreira-Risso et al., 2020). También, en términos de percepción corporal, otros estudios han indicado que las mujeres tienden a sobrestimar su peso y estar más insatisfechas con su imagen corporal en comparación con los hombres, lo cual no concuerda con los resultados presentados aquí, donde los hombres muestran una mayor proporción de sobrepeso pero se autocalifican con mayor frecuencia dentro de la categoría de normalidad (Escandón-Nagel et al., 2019).

Estos hallazgos están en línea con investigaciones previas que han encontrado una falta de precisión en la percepción del estado nutricional por parte de los individuos. Por ejemplo, López, et al. (2019) encontraron que la mayoría de los participantes subestimaron su peso y sobreestimaron su altura, lo que llevó a una percepción distorsionada de su IMC. Igualmente, estudios longitudinales como el de Torales, et al. (2018) han demostrado que una percepción inexacta del peso corporal puede estar asociada con un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios y problemas de salud mental a largo plazo. Estas discrepancias entre la percepción y la realidad resaltan la importancia de implementar estrategias educativas y de concientización sobre la salud y la nutrición para mejorar la percepción precisa del propio cuerpo y promover hábitos saludables. Conjuntamente, subrayan la necesidad de considerar la percepción subjetiva del peso corporal al diseñar intervenciones de salud pública destinadas a abordar la obesidad y los trastornos relacionados con la alimentación.

Para analizar la asociación entre el diagnóstico de IMC y el diagnóstico de IMC Referido, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada, la cual arrojó una p de 0.007, por lo que se puede concluir, que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables. Dada la asociación del sobrepeso y la obesidad con una serie de problemas de salud, como baja autoestima y enfermedades crónicas, es fundamental llevar a cabo más investigaciones en este campo (Pérez & Romero, 2018).

Al mismo tiempo de resaltar la marcada discrepancia entre la percepción propia y la realidad del estado nutricional, los resulta-

dos de este estudio también destacan la eficacia de la percepción de la imagen corporal para identificar a aquellos en los extremos del espectro nutricional, con una sensibilidad y especificidad notablemente altas. Es importante señalar que la mayor prevalencia de obesidad entre hombres encontrada en este estudio es consistente con investigaciones previas, y se observa una clara tendencia al aumento con la edad y una disminución con el nivel educativo. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de validar y considerar cuidadosamente la percepción de la imagen corporal como un indicador del estado nutricional en diversas poblaciones y contextos, lo que puede tener implicaciones significativas para la salud pública y las intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos relacionados con la alimentación. Además, resaltan la importancia de abordar las disparidades de género y los factores socioculturales que pueden influir en la percepción y evaluación del peso corporal. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias integrales y personalizadas para mejorar la percepción precisa del propio cuerpo y promover hábitos de vida saludables en diferentes grupos de población.

A pesar de los resultados prometedores, este estudio tiene limitaciones importantes. La muestra fue pequeña y específica, lo que dificulta su generalización a otras poblaciones. Además, la información se basó en autorreportes, lo que puede introducir sesgos y falta de precisión. La falta de mediciones objetivas de la composición corporal también limita la evaluación completa del estado nutricional. Por último, al ser un estudio transversal, no se pueden establecer relaciones causales, destacando la necesidad de investigaciones longitudinales para comprender mejor estas asociaciones.

Considerando las limitaciones mencionadas, es necesario realizar investigaciones adicionales para ampliar nuestra comprensión sobre la percepción corporal y el diagnóstico nutricional en diferentes contextos y poblaciones. Se sugiere llevar a cabo estudios longitudinales que permitan examinar la evolución de la percepción corporal y el estado nutricional a lo largo del tiempo, así como su impacto en la salud y el bienestar a largo plazo. Además, sería beneficioso incluir mediciones objetivas de la composición corporal, como la densidad ósea y la masa muscular, para una evaluación más precisa del estado nutricional. Por otro lado, se recomienda explorar intervenciones educativas y de concientización dirigidas a mejorar

la percepción corporal y promover hábitos de vida saludables en diferentes grupos de población. Estos estudios podrían ayudar a desarrollar estrategias más efectivas para prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad, así como para promover una imagen corporal positiva y una buena salud en general.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indican que la mayoría de los participantes tienen una percepción distorsionada de su Índice de Masa Corporal (IMC). Aquellos con un IMC indicativo de sobrepeso tendían a creer que tenían obesidad, mientras que los que tenían obesidad tipo 1 o 2 creían tener obesidad mórbida. Esto sugiere que no hay una correlación entre el IMC real y la percepción que tienen los participantes de su estado corporal, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el IMC real y su autopercepción.

La percepción corporal de los participantes parece estar distorsionada, ya que tienden a sobreestimar su IMC. Esta discrepancia es preocupante, ya que podría conducir a trastornos alimenticios y a problemas de salud en el futuro. Se observó que los hombres con sobrepeso eran especialmente propensos a esta distorsión de la percepción corporal, lo que podría estar relacionado con un menor interés en su propia imagen corporal.

Referencias

- Ángeles, M., Villarreal, E., Galicia, L., Vargas, E., Frontana, G., Monroy, S., Pinal, V., Álvarez, J., & Santibáñez, S. (2022). Enfermedades crónicas degenerativas como factor de riesgo de letalidad por COVID-19 en México. *Revista panamericana de salud pública*, 46, e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.40>
- Duno, M., & Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(5), 545-553. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Escandón-Nagel, N., Vargas, J., Herrera, A., & Pérez, A. (2019). Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional:

- Asociación con la construcción del sí mismo y de los otros. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 32-41. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.521>
- Estrada, C., Ruiz, J., Estrada, C., Pérez, A., & Rojas, F. (2021). Estado emocional y procrastinación relacionados con estudiantes vs docentes de nivel superior durante el confinamiento por SARS-COV2. *Revista de Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación RILCO DS*, (15), enero 2021. Recuperado de <https://www.eumed.net/es/revistas/rilcoDS/15-enero21/estado-emocional-confinamiento>
- Ferreira-Risso, P., Ocampos-Romero, J., & Velázquez-Comelli, P. (2020). Concordancia entre percepción de la imagen corporal y estado nutricional real en estudiantes de la carrera de nutrición de universidades privadas de Asunción. *Revista científica ciencias de la salud*, 2(1), 35-43. Epub June 00, 2020. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.01.2020.35>
- Gerbotto, M., & Paturz, C. (2020). Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical. *Diaeta*, 38(172), 26-40. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372020000300026&lng=es&tlng=es.
- González-Carcelén, C., López, G., Sánchez-García, C., Ibáñez, E., & Díaz, A. (2018). Composición e imagen corporales de estudiantes de Ciencias del Deporte. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 4(3), 411-425. <https://doi.org/10.17979/sportis.2018.4.3.3443>
- López, G., Emeljanovas, A., Miežienė, B., Sánchez, S., Díaz, A., & Smith, L. (2019). Imagen corporal en adolescentes lituanos de 11 a 19 años. Diferencias según actividad física e IMC. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-4.ical>
- Losada, A., & Rodríguez, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(1), 189-210. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000100010&lng=es&tlng=es.
- Oliva-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín-Cárdenas, A., Andueza-Pech, G., & Gómez-Castillo, I. (2016).

Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *REVISTA BIOMÉDICA*, 27(2). doi:<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v27i2.24>

- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. C., & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública De México*, 48(2), 94-103. Recuperado a partir de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6676>
- Paredes, F, Nessier, C, & Gonzalez, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Diaeta*, 29(136), 18-24. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372011000300003&lng=es&tlng=es.
- Pérez, O., Fernández, M., Aranda, I., Ávila, M., & Cruz, R. (2020). Comparación entre la percepción corporal y el índice de masa corporal en estudiantes de secundaria de dos municipios de Yucatán. *Horizonte sanitario*, 19(1), 115-126. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3548>
- Pérez, S., & Romero, G. (2018). Imagen corporal y representaciones alimentarias en mujeres de trece comunidades rurales mexicanas. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 120-149. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.31634>
- Pérez, S., & Romero, G. (2018). Imagen corporal y representaciones alimentarias en mujeres de trece comunidades rurales mexicanas. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 120-149. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.31634>
- Pineda-García, G., Martínez, C., Gómez-Peresmitré, G., & Platas, S. (2020). Imagen y peso corporal en universitarios: Estudio comparativo México-España. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(3), 298-307. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.3.582>
- Platas, R., Gómez-Peresmitré, G., & Pineda, G. (2019). Subestimación del peso corporal en escolares mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2593>

- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/11499839.pdf>
- Torales, J., Aquino, N., García, L., Scavenius, K., Sequeira, O., Miño, L., Giménez, M., & Centurión, O. (2018). Percepción de imagen corporal como factor condicionante del índice de masa corporal en médicos residentes del Hospital de Clínicas. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 16(2), 79-83. [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(02\)79-083](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(02)79-083)
- Villerías, I., & Juárez, M. del C. (2020). México: las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes melitus e hipertensión) y la vulnerabilidad ante el COVID-19. *Posición. Revista del Instituto de Investigaciones Geográficas*, (3), 1-15. Recuperado de <https://posicion-inigeo.unlu.edu.ar/posicion/article/view/135>

CAPÍTULO 10

PREDICTORES DE PRÁCTICAS PARENTALES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN LACTANTES MENORES DE 24 MESES DEL NORESTE DE MÉXICO

***IRIS NAYELI PÉREZ-GARCÍA**

Maestra en Ciencias de Enfermería

*Hospital Clínica Nova de Monterrey, San Nicolás de los Garza,
Nuevo León, México*

e-mail: IPEREZG@novaservicios.com.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5526-7659>

YOLANDA FLORES-PEÑA

Doctora en Enfermería concentración en Salud Pública

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: yolanda.florespe@uanl.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

CLAUDIA PÉREZ-GARCÍA

Licenciada en Enfermería

*Hospital Clínica Nova de Monterrey, San Nicolás de los Garza,
Nuevo León, México*

<https://orcid.org/0009-0000-4606-1819>

EDGAR OMAR VÁZQUEZ-PUENTE

Doctor en Ciencias de Enfermería

Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México

e-mail: omar_j77@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8859-1436>

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Resumen

Introducción: La alimentación durante la primera infancia influye significativamente en el estado nutricional y el desarrollo de hábitos alimentarios a largo plazo. Las prácticas parentales de alimentación desempeñan un papel crucial en este proceso, por lo que compren-

der sus predictores resulta fundamental para diseñar intervenciones efectivas. Este estudio tuvo objetivo identificar los predictores de las prácticas parentales de alimentación infantil en padres de lactantes menores de 24 meses. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, transversal, predictivo con enfoque analítico con la participación de 375 padres en una institución de salud privada. La recolección de datos se realizó a través de cuestionarios electrónicos aplicados en tableta o enviados por enlace, y se incluyeron medidas sobre prácticas de alimentación infantil, crianza consciente y variables sociodemográficas. **Resultados:** Los resultados de los modelos de regresión lineal múltiple indicaron que, en la subescala de prácticas de estructura (relacionadas con una alimentación organizada y receptiva), la escolaridad en años ($p = .033$), la crianza consciente ($p = .001$), el estado laboral ($p = .021$) y el peso del lactante ($p = .007$) fueron predictores significativos. En particular, la crianza consciente mostró una asociación positiva con prácticas de alimentación más saludables, mientras que trabajar fuera de casa y tener un hijo con bajo peso se asociaron con un uso más frecuente de prácticas no receptivas, como presión para comer o el uso de recompensas alimentarias. En la subescala de prácticas de no respuesta (menos receptivas a las señales de hambre y saciedad del niño), se encontró que niveles bajos de crianza consciente predijeron un mayor uso de estas prácticas ($p = .001$), lo cual puede afectar negativamente la autorregulación alimentaria del lactante. **Conclusiones:** Se concluye que la crianza consciente es un factor protector relevante para fomentar prácticas alimentarias más estructuradas y saludables. Estos hallazgos destacan la importancia de fortalecer las habilidades de crianza desde los primeros meses de vida para prevenir problemas nutricionales y promover un desarrollo alimentario saludable.

Palabras Clave: Feeding Behavior; Parenting; Infant Nutritional Physiological Phenomena; Child Nutritional Sciences

Introducción

Durante los primeros años de vida, especialmente en la etapa de lactancia, la alimentación representa uno de los factores más importantes para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. Las decisiones que los padres o cuidadores toman respecto a la alimen-

tación de sus hijos tienen un impacto directo tanto en las conductas alimentarias futuras como en su estado nutricional (Gouveia et al., 2019; Davis et al., 2018). En este sentido, las prácticas parentales de alimentación infantil han cobrado relevancia en la literatura científica por su papel en la formación de hábitos saludables y en la prevención de problemas como el sobrepeso, la obesidad o el bajo peso en la infancia.

Estas prácticas se dividen principalmente en dos dimensiones: estructura y de no respuesta. Las prácticas de estructura incluyen acciones como ofrecer alimentos en un ambiente familiar positivo, establecer horarios para comer y respetar las señales de hambre del niño. Por el contrario, las prácticas de no respuesta implican comportamientos como presionar al niño para comer, usar la comida como recompensa o alimentar al niño sin atender a sus señales de saciedad (Finnane et al., 2017; Domínguez-Vázquez et al., 2008). Estas últimas se consideran poco receptivas y pueden interferir con la autorregulación del apetito infantil, aumentando el riesgo de problemas alimentarios a futuro (Jansen et al., 2018).

Diversos factores sociodemográficos y psicológicos han sido asociados con el tipo de prácticas alimentarias utilizadas por los cuidadores. Variables como la edad de la madre/padre, la escolaridad, el número de hijos, el estado civil, la ocupación, el orden de nacimiento, el sexo del lactante y su peso pueden influir en la forma en que los padres alimentan a sus hijos (Ortiz et al., 2020). Además, el concepto de crianza consciente ha emergido como un factor psicológico relevante, refiriéndose a la capacidad de los cuidadores para estar presentes, atentos y empáticos durante las interacciones con sus hijos. Una mayor crianza consciente se ha relacionado con un mayor uso de prácticas alimentarias estructuradas y sensibles (Gouveia et al., 2019).

Estudios recientes han reforzado estas asociaciones. Por ejemplo, Bahorskia et al. (2020) encontraron que los lactantes con mayor sensibilidad a la alimentación y menor sensibilidad a la saciedad tenían madres con un menor índice de masa corporal (IMC), lo que sugiere una posible relación entre características maternas, prácticas alimentarias y conducta del lactante. Por su parte, Odar et al. (2018) reportaron que las madres de bebés con alto peso al nacer eran menos sensibles a las señales alimentarias de sus hijos. Asimismo, Finnane et al. (2017) demostraron que prácticas como la alimentación

persuasiva y el entorno familiar durante las comidas se relacionan con conductas alimentarias específicas, como la sensibilidad a la saciedad o el disfrute por la comida.

En el contexto mexicano, Ortiz et al. (2020) evidenciaron que las prácticas maternas de alimentación estaban asociadas significativamente con el estado nutricional del lactante, mostrando que factores como la edad de inicio de alimentos semisólidos y la frecuencia del amamantamiento pueden explicar hasta el 72% de la variación en el peso/longitud del niño. De igual forma, Davis et al. (2018) encontraron diferencias significativas en las prácticas alimentarias y el estado nutricio infantil según el grupo étnico y nivel socioeconómico.

A pesar del creciente cuerpo de evidencia, la mayoría de los estudios se han centrado en niños preescolares, dejando una brecha importante en la literatura sobre las prácticas alimentarias dirigidas a lactantes menores de dos años. Esta etapa resulta crítica, ya que los bebés dependen completamente de sus cuidadores para alimentarse y formar sus primeras experiencias con la comida.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo identificar los predictores de las prácticas parentales de alimentación infantil, específicamente en cuidadores de lactantes, y analizar su relación con las dimensiones de estructura y no respuesta.

Metodología

Se realizó un estudio transversal, predictivo con enfoque analítico. La población fue conformada padres (padre/madre) de un menor de 24 meses que acudiera con su hijo a su cita de control de niño sano, pediatría o inmunización durante el tiempo de colecta de datos del estudio. Los criterios de inclusión fueron madres o padres de un menor de 0 a 24 meses, los criterios de exclusión fueron que los padres refirieron que el lactante presentaba alguna alteración que afectara su desarrollo (síndrome de Turner, síndrome de Down y Acondroplasia) o condiciones médicas que le impidan alimentarse adecuadamente.

La muestra fue calculada en el programa nQuery Advisor® para un modelo de regresión lineal múltiple de 10 variables independientes, con una potencia del 90%, significancia de 0.05 y un

tamaño de efecto de R^2 de 0.07, con una tasa de no respuesta del 15%, resultando en un total de 375 díadas. El muestreo fue a través del tiempo se tomaron todos los participantes que acudieron durante la colecta de datos.

Las prácticas parentales de alimentación se midieron con el Cuestionario de Prácticas de Alimentación y Estructura para Niños Menores de 2 Años (*The Feeding Practice and Structure Questionnaire*) (Jansen et al., 2021). Este cuestionario cuenta con dos versiones una para lactantes alimentados predominantemente con leche y otro para lactantes alimentados predominantemente con sólidos. Cuentan con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre).

La versión de alimentados predominantemente con leche cuenta con un total de 18 ítems, divididos en cuatro subescalas; 1) alimentación a libre demanda con 4 ítems (1, 2, 3, 4), 2) Usar la comida para calmar con 5 ítems (14, 15, 16, 17, 18), 3) alimentación persuasiva con 3 ítems (11,12,13) y 4) alimentación dirigida por los padres con 6 ítems (5, 6, 7, 8, 9, 10). Para su interpretación los ítems 2, 3, 5 y 9 fueron recodificados.

La versión alimentados predominantemente con sólidos cuenta con un total de 34 ítems, dividido en seis subescalas; 1) alimentación a libre demanda con 4 ítems (1, 2, 3, 4), 2) usar la comida para calmar con 6 ítems (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26), 3) alimentación persuasiva con 7 ítems (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), 4) alimentación dirigida por padres con 4 ítems (9, 10, 11, 12), 5) ambiente familiar en las comidas con 4 ítems (5, 6, 7, 8) y 6) uso de no alimentarias y no alimentarias.

La puntuación se obtiene con el promedio por subescala y se interpretan de forma independiente. A mayor puntuación un mayor uso de estas prácticas por parte de los padres.

La recolección de datos se llevó a cabo en una institución de salud privada, en el área de consulta externa (control del niño sano, pediatría, vacunación). Los participantes fueron abordados al finalizar su consulta médica o procedimiento clínico. Aquellos padres o madres que manifestaron disponibilidad de tiempo respondieron los cuestionarios de forma electrónica a través de una tableta proporcionada por el equipo de investigación. En los casos en los que no fue posible su participación presencial inmediata, pero existía

interés en colaborar, se les envió un enlace electrónico a su teléfono móvil, permitiéndoles completar los cuestionarios desde casa.

Para facilitar la participación remota, se proporcionó un número telefónico de contacto con horario establecido, con el fin de resolver dudas relacionadas con el llenado de los instrumentos. Adicionalmente, se empleó como estrategia de reclutamiento el contacto telefónico con padres y madres que habían acudido con su hijo a consulta durante el mes anterior al inicio del trabajo de campo. Estos fueron localizados mediante las listas de registro de la institución, se les explicó el objetivo del estudio, y si aceptaban participar, se les enviaba el enlace con los cuestionarios.

Para quienes participaron de forma presencial, la tableta electrónica mostraba inicialmente el consentimiento informado en formato digital. Tras su lectura, los participantes que decidían continuar marcaban la opción “Start” para comenzar. El tiempo estimado para la respuesta completa de los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos.

Consideraciones éticas: El presente estudio contó con la aprobación de los comités de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la Facultad de Enfermería, con registro en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) con número de registro No. 13 CI 19 039 006 y con la aprobación de un Comité de Ética registrado en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) No. 19-CEI-004-20180614.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 375 participantes (293 madres y 82 padres). La edad promedio de los hijos fue de 7.47 meses en el caso de las madres ($DE = 6.09$) y de 6.88 meses en el de los padres ($DE = 6.29$). La escolaridad promedio fue de 13.45 años para las madres ($DE = 3.82$) y de 12.95 años para los padres ($DE = 3.57$). La mayoría de las madres estaban casadas (95.2%) y se dedicaban al hogar (74.1%), mientras que la mayoría de los padres también estaban casados (91.5%) y trabajaban en ocupaciones no profesionales (81.7%).

La consistencia interna en ambas versiones de los instrumentos fue aceptable (Tabla 1).

Tabla 1*Confiabilidad de los instrumentos*

Versión	Dimensiones	Ítems	Alpha de Cronbach
Alimentados predominantemente con leche	Estructura	1, 2T, 3T, 4	0.73
	No Respuesta	5T, 6, 7, 8, 9T, 10, 11	0.59
Alimentados predominantemente con sólidos	Estructura	1, 2, 3T, 4, 5, 6, 7, 8	0.53
	No Respuesta	9, 10, 11T, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34	

Nota: T= Variable recodificada a la inversa.

En la muestra de lactantes alimentados predominantemente con leche, la dimensión de estructura mostró una media más alta en la subescala de alimentación a libre demanda ($M = 3.77$, $DE = 0.99$), lo que indica una mayor frecuencia de esta práctica entre los cuidadores. En contraste, la alimentación persuasiva presentó la media más baja ($M = 1.70$, $DE = 0.72$), reflejando una menor tendencia a persuadir al lactante para que coma.

Las subescalas de usar la comida para calmar y alimentación dirigida por los padres mostraron medias moderadas ($M = 2.79$, $DE = 0.98$ y $M = 2.50$, $DE = 0.97$, respectivamente), sugiriendo cierta presencia de estas prácticas en la alimentación infantil (Tabla 2).

Tabla 2*Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (lactantes alimentados predominantemente con leche)*

Dimensiones	Subescalas	Media	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
Estructura	Alimentación a libre demanda	3.77	.99	1.25	5.00
No respuesta	Usar la comida para calmar	2.79	.98	1.00	5.00
	Alimentación persuasiva	1.70	.72	1.00	4.00
	Alimentación dirigida por los padres	2.50	.97	1.00	5.00

Nota: DE: Desviación estándar

En el grupo de lactantes alimentados predominantemente con sólidos, la subescala ambiente familiar en las comidas mostró la media más alta dentro de la dimensión de estructura ($M = 4.01$, $DE = 0.81$), lo que sugiere una presencia frecuente de esta práctica en los

hogares. Le siguió la alimentación a libre demanda ($M = 3.52$, $DE = 0.65$), también indicando una tendencia hacia una alimentación menos controlada.

En la dimensión de no respuesta, la subescala con mayor puntuación fue alimentación persuasiva ($M = 3.10$, $DE = 0.78$), seguida por alimentación dirigida por los padres ($M = 2.97$, $DE = 0.93$). En cambio, usar la comida para calmar ($M = 2.02$, $DE = 0.79$) y el uso de recompensas alimentarias o no alimentarias ($M = 1.88$, $DE = 0.87$) presentaron las medias más bajas, lo que indica una menor frecuencia de estas prácticas (Tabla 3).

Tabla 3

Estadística Descriptiva de las Dimensiones de Prácticas Parentales de Alimentación Infantil (lactantes alimentados predominantemente con sólidos)

Dimensiones	Subescalas	Media	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
Estructura	Alimentación a libre demanda	3.52	.65	1.75	5.00
	Ambiente familiar en las comidas	4.01	.81	1.00	5.00
No Respuesta	Usar la comida para calmar	2.02	.79	1.00	5.00
	Alimentación persuasiva	3.10	.78	1.00	5.00
	Alimentación dirigida por los padres	2.97	.93	1.00	5.00
	Uso de recompensas alimentarias o no alimentarias	1.88	.87	1.00	5.00

Nota: DE: Desviación estándar

Respecto al análisis de regresión lineal múltiple, el modelo que explora los predictores de las prácticas de alimentación de tipo estructura en lactantes alimentados predominantemente con leche fue significativo ($R^2 = .163$, $p < .05$). Se identificaron como predictores significativos la escolaridad en años ($\beta = .139$, $p = .033$), el hecho de trabajar ($\beta = -.150$, $p = .021$), el peso del lactante ($\beta = -.176$, $p = .007$) y la crianza consciente ($\beta = .246$, $p = .001$). Estos resultados indican que una mayor escolaridad y niveles más altos de crianza consciente se asocian con un mayor uso de prácticas estructuradas, mientras que el trabajo fuera del hogar y un mayor peso del lactante se relacionan negativamente con dichas prácticas. Las demás variables del modelo, como la edad del cuidador, número de hijos, estado civil, orden del hijo y sexo del lactante, no mostraron asociaciones significativas con las prácticas de estructura (Tabla 4).

Tabla 4

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Predictores de las Prácticas de Alimentación de Estructura (alimentación predominantemente con leche)

	B	Error Estándar	β	t	Sig
Constante	2.378	.858		2.770	.006
Edad padre/madre	-.021	.012	-.110	-1.673	.096
Escolaridad en años	.037	.017	.139	2.142	.033*
Número de hijos	-.131	.097	-.129	1.356	.176
Estado civil	.335	.287	.070	1.164	.246
Trabajo (sí)	-.301	.129	-.150	-2.332	.021*
Orden del hijo	-.236	.205	-.109	-1.150	.251
Sexo del lactante (Femenino)	.035	.121	.018	.290	.772
Peso	-.076	.028	-.176	-2.711	.007*
Crianza consciente	.027	.007	.246	3.946	.001*
R ²	.163				
R ² _a	.404				

Nota: B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado*, = p significativa < .05, n = 375

En cuanto al modelo de regresión lineal múltiple para predecir las prácticas de alimentación de tipo no respuesta en lactantes alimentados predominantemente con leche, solo la variable crianza consciente mostró una asociación significativa ($\beta = -.219$, $p = .001$), indicando que, a mayor nivel de crianza consciente, menor frecuencia de prácticas de no respuesta. Las demás variables incluidas en el modelo —edad del cuidador, escolaridad, número de hijos, estado civil, trabajo, orden del hijo, sexo del lactante y peso— no presentaron asociaciones estadísticamente significativas ($p > .05$). El modelo explicó el 8.1 % de la varianza en las prácticas de alimentación de no respuesta ($R^2 = .081$) (Tabla 5).

Tabla 5

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Predictores de las Prácticas de Alimentación de No Respuesta (alimentación predominantemente con leche)

	B	Error Estándar	β	t	Sig
Constante	3.751	.435		8.618	.001
Edad madre/padre	-.007	.007	-.073	-1.073	.248

	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	β	<i>t</i>	<i>Sig</i>
Escolaridad en años	-.012	-.010	-.084	-1.235	.218
Número de hijos	.084	.054	.152	1.555	.121
Estado Civil	-.248	.163	-.096	-1.517	.131
Trabajo	.066	.073	.061	.902	.368
Orden del hijo	.187	.114	.158	1.644	.102
Sexo (Femenino)	-.006	.069	.000	.000	1.000
Peso normal	.080	.094	.055	.860	.391
Crianza Consciente	-.013	.004	-.219	-3.453	.001*
R ²	.081				
R ² _a	.284				

Nota: B = coeficiente beta no estandarizado, β = coeficiente beta estandarizado,* = *p* significativa < .05, *n* = 375

Para el grupo de lactantes alimentados predominantemente con sólidos no se encontraron resultados significativos.

Discusión

Los resultados del presente estudio proporcionan evidencia relevante sobre los factores que influyen en las prácticas parentales de alimentación infantil durante la etapa de lactancia, particularmente en relación con la alimentación predominantemente con leche. En la subescala de prácticas de alimentación de tipo estructura, se identificaron como predictores significativos la escolaridad en años, el hecho de que el cuidador trabaje, el peso del lactante y los niveles de crianza consciente. Estos hallazgos sugieren que los cuidadores con mayor escolaridad y niveles más altos de crianza consciente tienden a adoptar prácticas alimentarias más estructuradas y sensibles a las necesidades del lactante.

La relación positiva entre la escolaridad y las prácticas estructuradas ha sido previamente documentada, y puede estar mediada por el acceso a información y recursos sobre nutrición infantil, así como por una mayor conciencia sobre el impacto de las prácticas alimentarias en el desarrollo temprano (Gouveia et al., 2019). Padres con más años de educación podrían estar mejor preparados para interpretar señales de hambre y saciedad, establecer rutinas consistentes y evitar prácticas coercitivas.

Asimismo, el hallazgo de que la crianza consciente se asocia positivamente con prácticas de alimentación estructurada refuerza

investigaciones previas que señalan que los padres atentos, emocionalmente regulados y sensibles al momento presente están más capacitados para responder adecuadamente a las necesidades alimentarias de sus hijos (Gouveia et al., 2019).

En contraste, el hecho de que los cuidadores trabajen se relacionó negativamente con el uso de prácticas estructuradas. Esto podría explicarse por las demandas de tiempo y estrés asociadas al trabajo, que limitan la capacidad de establecer y mantener rutinas alimentarias consistentes (Jansen et al., 2021). De igual forma, un menor peso del lactante predijo una menor frecuencia de estas prácticas, lo cual puede deberse a la preocupación de los padres por la ganancia de peso del niño. En estos casos, es común que se recurra a estrategias menos receptivas, como la presión para comer o el uso de alimentos como recompensa, que, aunque pueden tener una intención positiva, están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar problemas de regulación del apetito y sobrepeso a futuro (Jansen et al., 2021).

En lo que respecta a las prácticas de alimentación de tipo no respuesta, el único predictor significativo fue nuevamente la crianza consciente, esta vez con una relación negativa. Es decir, menores niveles de crianza consciente en los cuidadores se asociaron con una mayor frecuencia de prácticas de no respuesta. Estas prácticas, que incluyen la ignorancia de las señales de hambre o saciedad del lactante, la insistencia en que el niño coma sin tener hambre o el uso de distracciones para lograr la alimentación, han sido descritas como poco sensibles o incluso contraproducentes (Gouveia et al., 2019). Aunque los padres pueden emplearlas con la intención de promover una alimentación saludable, se ha demostrado que este tipo de enfoques pueden interferir con el desarrollo de la autorregulación alimentaria del niño (Domínguez-Vázquez et al., 2008).

Cabe destacar que la mayoría de los estudios previos se han enfocado en niños de edad preescolar o escolar, mientras que la evidencia en lactantes aún es escasa. No obstante, algunos trabajos recientes subrayan la importancia de establecer prácticas alimentarias adecuadas desde los primeros meses de vida, ya que esta etapa constituye un periodo crítico para la formación de hábitos de alimentación y para la relación del niño con la comida (Finnane et al., 2017; Gouveia et al., 2019). Los hallazgos del presente estudio contribuyen a llenar este vacío, al proporcionar datos específicos

sobre los predictores de prácticas alimentarias en cuidadores de lactantes, con implicaciones directas para el diseño de intervenciones preventivas.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio aportan evidencia relevante sobre los factores que influyen en las prácticas parentales de alimentación infantil durante la etapa de lactancia, específicamente en cuidadores de lactantes alimentados predominantemente con leche. Se identificó que la crianza consciente desempeña un papel central en la promoción de prácticas alimentarias estructuradas y en la reducción de aquellas de tipo no respuesta. Asimismo, variables como la escolaridad del cuidador, el peso del lactante y el trabajo fuera del hogar también influyen significativamente en el tipo de prácticas utilizadas, lo que sugiere que tanto factores individuales como contextuales deben ser considerados al diseñar intervenciones preventivas.

Estos resultados destacan la necesidad de fomentar estrategias de educación y apoyo a padres y madres desde etapas tempranas, con especial énfasis en el desarrollo de habilidades de crianza consciente y en la creación de condiciones que permitan establecer rutinas de alimentación saludables, incluso en contextos de alta demanda laboral. Además, subrayan la importancia de incluir al grupo de lactantes en la investigación sobre prácticas alimentarias, ya que gran parte de la literatura existente se ha centrado en niños de mayor edad.

Futuras investigaciones podrían explorar con mayor profundidad los mecanismos a través de los cuales la crianza consciente modula las decisiones alimentarias de los cuidadores, así como evaluar intervenciones específicas que integren este enfoque en programas.

Referencias

Bahorski, J. S., Schneider-Worthington, C. R., & Chandler-Laney, P. C. (2020). Modified eating in the absence of hunger test is associated with appetitive traits in infants. *Eating Behaviors*, 36, 101342. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101342>

- Davis, K. E., Li, X., Adams-Huet, B., & Sandon, L. (2018). Infant feeding practices and dietary consumption of US infants and toddlers: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003–2012. *Public Health Nutrition*, 21(4), 711–720. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003184>
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), 249–255.
- Finnane, J. M., Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2017). Mealtime structure and responsive feeding practices are associated with less food fussiness and more food enjoyment in children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 11–18.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, 138, 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.021>
- Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2015). Extending the validity of the Feeding Practices and Structure Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 90. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0253-x>
- Jansen, E., Williams, K. E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2018). Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0644-x>
- Odar Stough, C., Bolling, C., Zion, C., & Stark, L. J. (2018). Comparison of high and normal birth weight infants on eating, feeding practices, and subsequent weight. *Maternal and Child Health Journal*, 22(12), 1805–1814. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2581-3>
- Ortiz, F., Cárdenas, R. E., Villareal, V. E., Guevara, V., & Valtier, M. C. (2020). Prácticas maternas de alimentación y percepción de señales de hambre y saciedad. En *Factores biopsicosociales relacionados con la obesidad en lactantes y niños pequeños: Estudios de investigación en enfermería* (pp. 70–91).

CAPÍTULO 11

DESARROLLO Y ANÁLISIS DE UNA GALLETAS NUTRITIVA PARA ESCOLARES: EXPLORANDO LA UTILIZACIÓN DE HARINA DE TRIGO Y HARINA NO CONVENCIONAL DE CHAYA

JUAN EDUARDO MOGUEL-CEBALLOS

Master of Science in Hospitality Management

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: emoguel@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-2854-6262>

ADDY LETICIA ZARZA-GARCÍA

Doctora en Ciencias de los Alimentos y Biotecnología

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: azarza@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-3305-9899>

*ÁNGEL ESTEBAN TORRES-ZAPATA

Doctor en Educación

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: macronutriente@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6066-3258>

TERESA DEL JESÚS BRITO-CRUZ

Doctora en Psicopedagogía

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: tbrito@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7030-4187>

RODRIGO JOSÉ ARGUELLES-CÁMARA

Maestría en Tratamiento Integral de la Obesidad y el Síndrome Metabólico

Universidad Autónoma del Carmen, Ciudad del Carmen, Campeche, México

e-mail: rarguelles@pampano.unacar.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7041-504X>

*Autor de Correspondencia

Resumen

Introducción: La obesidad y la desnutrición son problemas críticos en México, especialmente en niños y comunidades marginadas. La falta de regulación ha llevado a la proliferación de alimentos poco saludables. La investigación propone galletas nutritivas con harina de trigo y chaya como alternativa. Es crucial la colaboración público-privada para ofrecer opciones atractivas y saludables. La iniciativa busca abordar la nutrición escolar y mejorar la salud infantil en el país. **Metodología:** El estudio utiliza un enfoque cuantitativo, con el fin de diseñar una alternativa nutricional de galleta utilizando chaya para niños escolares. La investigación es descriptiva y combina enfoques experimental y no experimental. Se diseñaron formulaciones de galletas con chaya, seguidas de análisis microbiológicos y bromatológicos. Se calcularon los componentes nutricionales según el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes y se evaluó el costo del producto más aceptado. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 20. **Resultados:** Las galletas son seguras y nutritivas, superando incluso a las comerciales en contenido de nutrientes. Se evalúa el rendimiento y costo de producción, mostrando que son viables y más económicas que las galletas comerciales. **Conclusiones:** Se sugiere realizar pruebas sensoriales y considerar equipos de laboratorio automatizados en futuras investigaciones.

Palabras clave: Alimento funcional, escolares, chaya

Introducción

México se enfrenta a una preocupante problemática de obesidad en adultos y obesidad infantil a nivel global, mientras que la desnutrición afecta especialmente a los niños preescolares. La importancia del aporte nutricional durante esta etapa es fundamental para el desarrollo a lo largo de la escolaridad y adolescencia, y este desequilibrio alimenticio origina complicaciones de salud duraderas desde la niñez hasta la adultez, agravando la situación en comunidades rurales e indígenas (Shamah-Levy et al., 2023). En este contexto, la creación de alternativas alimenticias saludables, como las galletas nutritivas, se presenta como una oportunidad valiosa para abordar esta situación.

Las políticas de salud carecen de regulaciones estrictas sobre el contenido de alimentos cotidianos, lo que ha resultado en la proliferación de opciones poco nutritivas y ampliamente publicitadas. En este sentido, es crucial no solo depender de las acciones gubernamentales, sino también de la iniciativa privada, que tiene la capacidad de innovar en productos alimenticios alternativos y saludables (Márquez et al., 2021). Una estrategia prometedora es la formulación de galletas nutritivas, siguiendo las pautas de la guía alimentaria nacional y utilizando ingredientes regionales con propiedades funcionales.

La oferta actual de productos alimenticios dirigidos a niños es limitada, lo que subraya la necesidad de diversificar el mercado con opciones nutricionales más atractivas (Ponce-Blandón et al., 2017; Larios y Camacho, 2021). La presente investigación tiene como objetivo diseñar y caracterizar una galleta a base de harina de trigo y harina no convencional de chaya, con el propósito de ofrecer una alternativa nutricional para niños en etapa escolar.

El panorama nutricional en México es diverso, donde la dualidad entre la desnutrición y la obesidad infantil persiste a lo largo del país, con desnutrición afectando más al sur y obesidad al norte (Cuevas-Nasu et al., 2023). Estos problemas requieren un enfoque integral en la promoción de una alimentación equilibrada en todas las edades, destacando la importancia de establecer hábitos alimentarios saludables desde temprana edad (Zapata et al., 2020).

En este contexto, esta investigación abordará la formulación de una galleta nutricional innovadora, utilizando la chaya como un ingrediente no convencional y localmente disponible. La chaya, un arbusto con propiedades nutricionales y medicinales, es cultivada en huertos familiares, lo que la convierte en una opción sostenible y pertinente para enriquecer productos alimenticios dirigidos a niños escolares.

La revisión de literatura muestra que, a pesar de la escasez de estudios sobre alimentos nutritivos para niños en edad escolar, existen investigaciones relevantes que exploran opciones como la incorporación de ingredientes locales, fortificación con micronutrientes y evaluaciones sensoriales entre escolares. Estos estudios resaltan la importancia de diseñar opciones de meriendas escolares que no solo sean saludables, sino también atractivas para mejorar la nutrición y la salud infantil.

Esta investigación busca contribuir al abordaje de la problemática de la nutrición escolar en México, mediante el desarrollo y análisis de una galleta nutritiva a base de harina de trigo y harina no convencional de chaya, con el fin de ofrecer una alternativa atractiva y saludable para niños en etapa escolar.

Metodología

El presente estudio de investigación emplea un enfoque cuantitativo, caracterizado por su secuencialidad y naturaleza probatoria. El objetivo es recolectar datos para validar hipótesis mediante mediciones numéricas y análisis, con el propósito de diseñar y evaluar una alternativa nutricional en forma de galleta, utilizando chaya, dirigida a niños en edad escolar.

En cuanto al alcance de la investigación, este es descriptivo en su naturaleza, ya que abarca la presentación detallada de las distintas etapas en el desarrollo de varias formulaciones de galletas. Además, se enfoca en la determinación de la composición bromatológica y la calidad microbiológica de dicho producto.

En términos del diseño de la investigación, este estudio combina enfoques experimental y no experimental. Se emplea un diseño experimental en la etapa de formulación de prototipos de galletas, basándose en un análisis de galletas comerciales existentes. La variación en los valores de las hojas de chaya representa la variable independiente. Por otro lado, se utiliza un diseño no experimental en la fase de análisis microbiológicos y bromatológicos, con un enfoque transversal que recolecta datos en un único momento. Estos análisis siguen normativas estrictas para garantizar resultados confiables y respaldar decisiones, especialmente en el contexto de lanzar un nuevo producto al mercado.

Diseño y desarrollo de formulaciones

En esta fase se diseñaron y desarrollaron las formulaciones de las galletas a base de chaya. La materia prima utilizada incluyó Chaya obtenida de un mercado local, mantequilla marca "Gloria," harina de trigo, polvo para hornear y extracto de vainilla. Se obtuvo harina de chaya siguiendo la metodología descrita previamente. Se estan-

darizaron tres formulaciones, ajustando las cantidades de harina de trigo y harina no convencional de chaya en base a una formulación base.

Análisis microbiológico y proximal

En esta fase, se realizaron análisis microbiológicos y bromatológicos de las galletas. Los análisis microbiológicos incluyeron la determinación de mesófilos aerobios totales, coliformes totales, hongos y levaduras, y enterobacterias totales, siguiendo las normas oficiales mexicanas correspondientes. Los análisis bromatológicos se llevaron a cabo para determinar la composición química y nutricional de las galletas, incluyendo proteínas, grasa total, carbohidratos totales, fibra cruda, cenizas y humedad.

Cálculo del alimento tipo galleta según el sistema mexicano de alimentos equivalentes (SMAE)

Se utilizó el programa Nutre In para calcular los componentes de las formulaciones según el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SMAE). Se introdujeron los datos de cada componente por formulación y se obtuvieron los equivalentes utilizados y su aporte nutricional en base a la cantidad utilizada. Los datos se consolidaron en una tabla Excel y se calculó la composición nutricional en base a 100 g de producto.

Costeo del producto con mayor aceptación

En esta fase, se calculó el costo de las formulaciones. Se determinó el rendimiento de la materia prima y de la harina no convencional de chaya. Se empleó el método de costeo directo para calcular el costo de cada componente en las formulaciones, obteniendo así el costo total de la formulación. El costo total se dividió entre el número de galletas producidas y el peso en gramos del producto terminado para determinar el precio por galleta individual y por 100 g de producto.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los resultados se realizó utilizando el software SPSS versión 20. Se presentaron las variables numéricas en tablas con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar), así como en porcentajes para su interpretación y análisis posteriores

Resultados y discusión

Para la preparación de las formulaciones de galletas a base de harina no convencional de chaya, se optó por seguir la metodología original propuesta por Palacios et al., (2016), la cual fue posteriormente adaptada por Ceballos (2021). En esta adaptación, se introdujeron mejoras significativas, tales como la incorporación de aceite de oliva y extracto de vainilla para realzar la palatabilidad del producto final, el empleo de polvo para hornear como sustituto de la levadura y la inclusión de leche descremada con el objetivo de reducir el contenido de grasa en las galletas.

En la Tabla 1, se proporciona un desglose pormenorizado de los componentes empleados en las tres formulaciones elaboradas.

Tabla 1
Cantidad y componentes de las formulaciones

Componentes	F1		F2		F3	
	g	%	g	%	g	%
Harina de trigo	265	45.85	254	43.94	243	42.04
Azúcar	100	17.30	100	17.30	100	17.30
Polvo para hornear	5	0.87	5	0.87	5	0.87
Sal	1	0.17	1	0.17	1	0.17
Harina no convencional de chaya	22	3.81	33	5.71	44	7.61
Mantequilla	80	13.84	80	13.84	80	13.84
Leche descremada	100	17.30	100	17.30	100	17.30
Extracto de vainilla	5	0.87	5	0.87	5	0.87
Total	578	100	578	100	578	100

Este enfoque representa una innovación sustancial en la formulación de galletas, siguiendo una línea de investigación similar a la que fue descrita por Palacios et al., (2016) con el trabajo titulado

“Evaluación de galletas a base de chaya y chipilín”, así como por Villalta (2012) en su estudio denominado “Propuesta para la elaboración de galletas como merienda escolar a base de harina de soya, maíz y okara”. Estas investigaciones anteriores han servido de inspiración y referencia para la mejora del proceso de formulación de galletas de harina de chaya.

La evaluación de la calidad microbiológica de las tres formulaciones distintas de las galletas se llevó a cabo meticulosamente, siguiendo rigurosamente las directrices y regulaciones establecidas por las autoridades mexicanas. Los resultados de estos análisis revelan que todas las formulaciones cumplen con creces los límites establecidos por la normativa vigente. En concordancia con los resultados obtenidos en los análisis microbiológicos de las muestras de galletas elaboradas con harina no convencional de chaya, se puede concluir que estos productos son seguros y aptos para el consumo humano. Esto se respalda mediante la ausencia de microorganismos patógenos, de acuerdo con las normativas de referencia NOM-110, 113, 092 y 111-SSA1-1994, expresando los resultados en Unidades Formadoras de Colonias (UFC). Este hallazgo está en línea con las investigaciones previas, como la de Palacios et al., (2016).

En consecuencia, se plantea la sugerencia de que tanto la producción casera como la industrial de estas galletas pueden llevarse a cabo sin que implique un riesgo microbiológico, siempre y cuando se sigan estrictamente las buenas prácticas de higiene, tal como lo estipula la NOM-251-SSA1-2009, que establece las prácticas de higiene para el procesamiento de alimentos, bebidas y suplementos alimenticios, como parte fundamental para garantizar la seguridad alimentaria.

Se ha calculado que la media del peso de las formulaciones de las galletas tipo alimento es de 9.33 g con un margen de error de ± 0.57 (Formulación 1: 9.81 ± 0.72 ; Formulación 2: 8.69 ± 1.1 ; Formulación 3: 9.51 ± 0.74).

En la Tabla 2 que sigue, se exponen los resultados de los análisis bromatológicos realizados en las tres formulaciones.

Tabla 2*Resultados de los análisis bromatológicos*

Análisis proximales	Formulación 1	Formulación 2	Formulación 3	NMX-F-006.
Humedad %	9.19	7.8	9.02	8% máximo
Grasa %	6.06	6.58	8.54	5 mínimo
Proteína cruda %	8.39	9.32	8.46	6 mínimo
Fibra cruda %	4.52	4.32	4.17	0.5 máximo
Ceniza %	4.52	4.17	5.61	2 máximo
HCO %	67.32	67.81	64.2	N/A

Los resultados obtenidos en los análisis bromatológicos revelaron que la cantidad de humedad, grasa, ceniza, proteína y fibra crudas en las tres formulaciones se sitúa por encima de los valores máximos especificados en la normativa NMX-F-006-1983 para alimentos, en particular, para galletas. Esto indica un aporte nutricional más sustancial en las formulaciones de las galletas de chaya. Estos hallazgos difieren de lo que se ha reportado en investigaciones previas, donde se ha observado un contenido más bajo de humedad, ceniza y fibra cruda, pero un mayor contenido de proteína cruda y grasa en comparación con las formulaciones estudiadas en esta investigación (Palacios et al., 2016; (Auquiñin y Castro, 2015).

Dado que existen diversas variedades de galletas comerciales con diferentes formulaciones disponibles en el mercado, se llevó a cabo una comparación nutricional entre las galletas desarrolladas en este estudio y, específicamente, las galletas María, así como las galletas elaboradas a partir de harina de chaya y chipilín en otras investigaciones (Tabla 3). Se observó que las dos formulaciones de estas últimas investigaciones presentan un mayor contenido de grasa en comparación con las galletas de nuestra investigación. Sin embargo, en cuanto a la proteína, el porcentaje en la galleta de esta investigación se encuentra en un nivel competitivo.

Tabla 3*Comparación de los análisis bromatológicos, SMAE, estudios, y galleta comercial*

G. Chaya (100 g)	SMAE F-1	SMAE F-2	SMAE F-3	F-1	F-2	F-3	Palacios-chaya	P-Chipilín	G. María
Humedad	N/A	N/A	N/A	9.19	7.8	9.02	3.57	3.4	N/A
Grasa	13	13	13	6.06	6.58	8.54	15.54	21.29	19
Proteína	6	6	6	8.39	9.32	8.46	11.38	11.61	7.08
Fibra Cruda	1	1	1	4.52	4.32	4.17	1.87	1.39	3.1
Ceniza	N/A	N/A	N/A	4.52	4.17	5.61	2.17	1.92	N/A
HCO	54	53	52	67.32	67.81	64.2	65.47	60.39	69

Dado que existen una variedad de galletas comerciales con formulaciones diversas, Se realizó una comparación en términos de contenido nutricional entre las galletas desarrolladas en este estudio y, específicamente, las galletas María, así como las galletas elaboradas a partir de harina de chaya y chipilín en investigaciones previas. Se encontró que tanto las dos formulaciones de estas investigaciones anteriores como la galleta comercial presentaban una mayor cantidad de grasa en comparación con las galletas desarrolladas en el presente estudio. Sin embargo, en cuanto a la proteína, el porcentaje en las galletas en esta investigación se encuentra en un nivel competitivo.

Es importante destacar que al realizar el cálculo utilizando el Sistema Mexicano de Equivalentes (SMAE), se confirmó la presencia elevada de grasa en las galletas, lo cual coincide con los resultados informados por Palacios (2016) y con lo observado en la galleta comercial tipo María en comparación con las formulaciones desarrolladas. No obstante, en relación con el contenido de proteína, de acuerdo con el SMAE, se obtuvo un valor más bajo en comparación con el estudio de referencia y lo reportado en las galletas María. Esta discrepancia puede atribuirse a que el SMAE no incluye a la chaya como alimento en su base de datos, lo que puede llevar a estimaciones imprecisas. Lo mismo sucede en el caso de la fibra cruda, donde los valores calculados en el SMAE resultan menores que los reportados en nuestro estudio.

Es relevante mencionar que no se proporcionaron datos sobre el contenido de humedad y ceniza a través del SMAE, ya que este sistema carece de información al respecto, similar a la falta de datos

para las galletas María. Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación indicaron que tanto la humedad como la ceniza superaban los valores máximos establecidos por la normativa NMX-006 (Diario Oficial de la Federación, 1983) y difieren de lo informado en el estudio de referencia (Palacios et al., 2016).

Estas comparaciones sugieren que las formulaciones de las galletas elaboradas a partir de harina de chaya presentan un mayor contenido de nutrientes en comparación con los informados en investigaciones previas. Incluso superan los valores nutricionales de las galletas María comerciales, lo que las convierte en una opción considerablemente más saludable que otros tipos de snacks disponibles en el mercado. Es relevante destacar que la chaya es una planta autóctona de la región sureste, lo que podría promover su consumo a un costo más accesible.

Para respaldar lo anterior, se realizaron pruebas de rendimiento con el fin de obtener harina no convencional de chaya. Los resultados revelaron un rendimiento del 28.2%, lo que equivale a 282 g de harina por cada kilogramo de chaya. Dado que la chaya es un producto local cuyo precio en temporada varía entre \$10.00 y \$20.00 por kilogramo, es importante señalar que la prueba se llevó a cabo fuera de temporada, lo que resultó en un precio de \$50.00 por kilogramo de chaya y, por ende, un costo de \$177.30 por kilogramo de harina no convencional de chaya.

No obstante, es fundamental destacar que el rendimiento por kilogramo de harina no convencional de chaya para la primera formulación es de 45.4, lo que significa que 1 kilogramo de chaya puede producir un total de 26.27 kilogramos de esta formulación, con un costo de \$0.67 por cada porción de 100 g. En el caso de la tercera formulación, que contiene un mayor porcentaje (7.61%) de harina no convencional de chaya, el rendimiento total es de 22.72, lo que se traduce en la capacidad de producir 13.13 kilogramos de esta formulación a partir de 1 kilogramo de chaya, con un costo de \$1.35 por cada porción de 100 g.

Comparando estos costos de producción, el costo total por cada porción de 100 g de la formulación 1 es de \$4.84, mientras que para la formulación 2 es de \$5.15 y para la formulación 3 es de \$5.46. Estos costos son inferiores al precio de 100 g de una galleta comercial tipo María, que es de \$6.94 en el momento de esta comparación. Además, es importante mencionar que la unidad de compra míni-

ma para estos productos comerciales es de 144 g, con un precio en el mercado de \$10.00.

Una limitación evidente de este estudio radica en la falta de pruebas de evaluación sensorial en diversos grupos de población para evaluar la aceptabilidad del producto.

Se recomienda que futuras investigaciones aborden la viabilidad de la producción de estas galletas a nivel comercial, y también se centren en estudios destinados a evaluar la aceptación del producto, lo que podría ser fundamental para su viabilidad en el mercado.

Además, se sugiere considerar el uso de equipos de laboratorio automatizados en investigaciones posteriores para garantizar la obtención de resultados precisos y confiables.

Conclusiones

En el contexto actual, el elevado consumo de alimentos comerciales, como los snacks, con su alto contenido de macronutrientes, especialmente grasas, ha contribuido al crecimiento de la obesidad infantil en México. Además, al permitir que estos snacks sustituyan comidas completas, se corre el riesgo de que haya una deficiencia de micronutrientes esenciales, como vitaminas y minerales, lo que afecta especialmente a grupos de riesgo, como los niños en etapa de crecimiento.

El uso de harina no convencional de chaya se presenta como una valiosa fuente de micronutrientes y puede contribuir a aumentar el contenido de macronutrientes, ofreciendo una opción versátil para la creación de una variedad de alimentos. La formulación de galletas presentada en este estudio puede diseñarse de manera sencilla, siempre y cuando se siga el procedimiento adecuado descrito en esta investigación. Se ha demostrado que estas galletas proporcionan un aporte nutricional significativo y representan una alternativa de snack saludable en comparación con otros productos comerciales. Además, cumplen con la categorización de alimentos funcionales y pueden ser producidas tanto a nivel casero como en la industria alimentaria.

Los alimentos a base de hojas verdes, como la chaya, aportan una cantidad apreciable de proteínas y pueden ser una forma efectiva de incrementar el consumo de vegetales de hojas verdes en la

dieta infantil, mejorando así su contenido nutricional. Esto puede ser especialmente beneficioso para reducir la malnutrición en grupos vulnerables. En los análisis de costos realizados, se determinó que, incluso con un mayor porcentaje de harina no convencional de chaya en la formulación, el costo total por porción de 100 g apenas aumenta ligeramente. En comparación con los costos de producción de una galleta comercial por cada 100 g, sigue siendo una opción más económica y accesible.

Referencias

- Cuevas-Nasu, L., Muñoz-Espinosa, A., Shamah-Levy, T., García-Feregrino, R., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2023). Estado de nutrición de niñas y niños menores de cinco años en México. *Ensanut 2022. Salud Pública De México*, 65, s211-s217. <https://doi.org/10.21149/14799>
- Larios Gómez, E. , & Camacho Gómez, M. . (2021). Mercadotecnia para niños y la regulación-autorregulación de la publicidad en la generación z: un comparativo México Y Brasil. *Publicaciones E Investigación*, 15(1). <https://doi.org/10.22490/25394088.4508>
- Márquez, Irving, Tolentino-Mayo, Lizbeth, & Barquera, Simón. (2021). Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a la población infantil: el derecho a la información. *Salud Pública de México*, 63(1), 92-99. Epub 15 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.21149/11194>
- NMX- F-312-NORMEX-2016, Alimentos-determinación de azúcares reductores en alimentos y bebidas no alcohólicas-método de prueba por el método de diferencia resultados.
- NMX-F-006-1983. ALIMENTOS. GALLETAS. FOOD. COOKIE. NORMAS MEXICANAS. DIRECCIÓN GENERAL DE NORMAS.
- NMX-F-607-NORMEX-2013, Alimentos-determinación de cenizas en alimentos-método de prueba, por el método de incineración, en mufla eléctrica
- NMX-F-608-NORMEX- 2011, Alimentos-determinación de proteínas en alimentos-método de ensayo, por el método de Kjeldahl – Gunnin

- NMX-F-613-NORMEX-2017, alimentos- determinación de fibra cruda en alimentos-método de prueba. Concorde al método semi- automatizado, esto hace referencia a que se emplearon adecuaciones de forma manual en las técnicas automatizadas con los instrumentos de laboratorio en el equipo craft
- NMX-F-615-NORMEX- 2004, alimentos-determinación de extracto etéreo en alimentos-método de prueba. Por el método de Goldfish
- NOM- 111-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de mohos y levaduras en alimentos.
- NOM-092-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de bacterias aerobias en placa.
- NOM-110-SSA1-1994, bienes y servicios. Preparación y dilución de muestras de alimentos para su análisis microbiológico.
- NOM-111-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de mohos y levaduras en alimentos.
- NOM-113- SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de microorganismos coliformes totales en placa.
- NOM-113-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de microorganismos coliformes totales en placa.
- NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-147-SSA1-1996, Bienes y servicios. Cereales y sus productos. Harinas de cereales, sémolas o semolinas. Alimentos a base de cereales, de semillas comestibles, harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas. Productos de panificación. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales
- NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- Palacios Pola, G., Caballero Roque, A., Meza Gordillo, P., Ayvar Ramos, P., & Ruiz Mondragon, M. (2016). Evaluación de galletas con base en chaya (*Cnidocolus aconitifolius* (Miller) I.M. Johnst., Euphorbiaceae) y chipilín (*Crotalaria longirostrata* Hook. & Arn., Fabaceae) [Ebook] (2nd ed.). Recuperado el 27 de Mayo de 2020, obtenido de <http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000058750>.

- Ponce-Blandón, José Antonio, Pabón-Carrasco, Manuel, & Lomas-Campos, María de las Mercedes. (2017). Análisis de contenido de la publicidad de productos alimenticios dirigidos a la población infantil. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 180-186. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.008>
- Shamah-Levy, T., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Morales-Ruan, C., Valenzuela-Bravo, D. G., Méndez-Gómez Humaran, I., & Ávila-Arcos, M. A. (2023). Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. *Ensanut Continua 2020-2022. Salud Pública De México*, 65, s218-s224. <https://doi.org/10.21149/14762>
- Villalta Jordán, G. (2012). PROPUESTA PARA ELABORACIÓN DE GALLETAS COMO COLACIÓN ESCOLAR
- Zapata Gerónimo, Degrai, Moguel Ceballos, Juan Eduardo, Acuña Lara, Juana Patricia, Torres Zapata, Ángel Esteban, & Zarza García, Addy Leticia. (2020). Estado nutricional en preescolares y escolares mediante indicadores antropométricos en Ciudad del Carmen, Campeche, México. *Horizonte sanitario*, 19(2), 209-215. Epub 13 de noviembre de 2020. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3681>

APARTADO IV
REVISIONES SISTEMÁTICAS

CAPITULO 12

ATRIBUTOS DEL CONCEPTO ESTIGMA DEL PESO: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

ADIEL AGAMA-SARABIA

Doctor en Ciencias de Enfermería

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

e-mail: adiel.agama@zaragoza.unam.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3479-1595>

***YOLANDA FLORES-PEÑA**

Doctora en Enfermería concentración en Salud Pública

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: yolanda.florespe@uanl.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Resumen

Introducción: En el área de la salud se han estudiado las repercusiones del sobrepeso y obesidad, entre las cuales se encuentra el estigma como consecuencia del peso corporal. Se han empleado múltiples conceptos para denominarlo, tales como: estigma, prejuicio o sesgo del peso entre otros, lo que ha generado diferentes definiciones para referirse a este fenómeno de estudio; dado lo anterior se realizó el presente trabajo con el objetivo de identificar, analizar y sintetizar los atributos del concepto estigma del peso. **Metodología:** Se realizó una revisión de alcance de la literatura en las bases de datos PubMed, CINHALL y Scopus; así como de literatura gris. Se emplearon los criterios JBI y Prisma para revisiones de alcance. Se incluyeron 30 artículos en esta revisión. **Resultados:** Se identificó que el estigma del peso ha sido abordado desde tres perspectivas conceptuales: estigma, sesgo y prejuicio. Los atributos identificados del estigma fueron la marca o etiqueta que genera devaluación individual y social. El sesgo se compone de tres atributos: actitudes, creencias y acciones negativas. El prejuicio es la actitud de antipatía basada en una falta. Existen atributos compartidos como establecer

control a través de acciones discriminantes. **Conclusiones:** El estigma del peso presenta como atributos principales el ser una característica o marca conferida socialmente, con carácter desacreditador, con base en el peso corporal de una persona. El prejuicio es una actitud de antipatía basada en una falta que se generaliza y se considera inflexible. El sesgo se compone de tres atributos: creencias, actitudes y acciones.

Palabras clave: Prejuicio de peso, Discriminación social, Sobre peso, Obesidad.

Introducción

En la actualidad se ha despertado un creciente interés en las disciplinas del área de la salud para abordar el estigma del peso y sus implicaciones en la salud de las personas, (Harwood et al., 2022; World Obesity, 2021), tales como el efecto en las conductas de alimentación (Cheng et al., 2019; Lee et al., 2021; Reinka et al., 2021) y las afectaciones emocionales que puede generar (Clark et al., 2021; Tomiyama et al., 2018), se estima que entre el 20 y 45% de las mujeres y del 6 al 28% de los hombres han sufrido este tipo de estigma (Rubino et al., 2020).

El estigma originalmente fue definido por Goffman como un atributo desacreditador presente en las relaciones sociales de cualquier índole, en las cuales la persona estigmatizada es reducida y descalificada en la mente de la persona estigmatizadora (Miric et al., 2017; Phelan et al., 2008; Weinstein, 1965). Por otra parte, Allport (1954) definió el prejuicio como la actitud de antipatía que puede ser sentida o expresada sobre un grupo o un miembro de ese grupo basada en lo que se considere una falta inflexible, es decir, una situación que el grupo social de pertinencia no puede pasar por alto, tolerar o permitir (Decarvalho, 1993).

Posteriormente, el estigma fue abordado en sociología y el prejuicio en psicología, y comenzaron a entrelazarse en cuanto a las características atribuidas conceptualmente a cada uno. Particularmente, las características sociales explicadas por la Teoría de la Identidad Social (Tajfel & Turner, 2004), la cual se centra en el aspecto de sentimiento y expresión social de actitudes o creencias que son dirigidas hacia un grupo o hacia uno de sus miembros, por

compartir la característica estigmatizante o porque falta una característica considerada como importante por el resto de los miembros de la comunidad (Islam, 2014; Phelan et al., 2008).

Posteriormente, en la psicología social surgió el concepto de sesgo empleado de forma recurrentemente al hablar del estigma y del prejuicio en la literatura anglosajona (Eisenberg et al., 2019; Fruh et al., 2016; Stewart & Ogden, 2021). El sesgo tiene múltiples significados; dependiendo del contexto puede interpretarse como la desviación o parcialidad de opinión o pensamiento, inclinación o prejuicio sobre una opinión (Bissell & Parrott, 2013). De acuerdo a Cudy et al. (2007) el sesgo se compone de tres aspectos fundamentales que son estereotipos (aspecto empleado en el estigma), el prejuicio emocional y la discriminación, aspectos conceptuales que este tercer constructo comparte con el estigma y el prejuicio.

Estos conceptos estigma, sesgo y prejuicio, se han utilizado en el área de la salud para abordar la problemática de actitudes negativas y discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental (Quinn et al., 2015), enfermedad infectocontagiosa (Earnshaw & Chaudoir, 2009) y enfermedad crónica (Major et al., 2017), como el sobrepeso y la obesidad, dónde se ha observado que aquellas personas que experimentan estigma, prejuicio o sesgo presentan afectaciones psicológicas, emocionales y físicas que dificultan que la persona pueda disminuir su peso e incluso limitar o impedir que busquen apoyo de profesionales de la salud (Lee et al., 2021, 2024).

Así mismo, diversos estudios empíricos que han abordado el estigma han empleado, términos diferentes para referirse al estigma del peso, entre los que se encuentran: estigma del peso (*weight stigma*) (Breithaupt et al., 2020; Elboim-Gabyzon et al., 2020; Fulton & Srinivasan, 2021; Lee et al., 2021; Ortiz & Gómez-Pérez, 2019; Tomiyama et al., 2018; World Obesity, 2021), prejuicio del peso (*weight prejudice*) (Brochu et al., 2011; Obara et al., 2018), discriminación por el peso (*weight discrimination*) (Cheng et al., 2018) y por último, sesgo del peso (*weight bias*), (Cheng et al., 2018; Durso & Latner, 2008; Jones & Forhan, 2019; Obara et al., 2018a; Pearl, 2018a; R. Puhl & Suh, 2015).

Sin embargo, es posible considerar que cada uno de los términos anteriores, podría tener diferente significado, relaciones y proposiciones, por lo que se consideró realizar una revisión de alcance con el objetivo de identificar, analizar y sintetizar los atributos del

concepto de estigma de peso, así como las definiciones que se utilizan en la literatura (Aromataris et al., 2024), se considera que lo anterior contribuye a comprender el concepto de estigma del peso y poder abordar con mayor precisión, sus atributos, entre estos, las actitudes discriminantes que experimentan las personas con sobrepeso y obesidad. Por lo que se planteó una pregunta de investigación para esta revisión ¿Cuáles son los atributos del concepto del estigma, prejuicio o sesgo con motivo del peso en personas con sobrepeso y obesidad?

Metodología

Se realizó una revisión de alcance, para la construcción de la pregunta de revisión se empleó el acrónimo PCC para Población (*population*), Contexto (*context*) y Concepto (*concept*), de acuerdo con lo señalado en la guía del JBI Manual for Evidence Synthesis (Aromataris et al., 2024).

Se incluyeron artículos publicados en idioma inglés, portugués o español, así como artículos que proporcionaron definición de por lo menos uno de los conceptos: estigma, prejuicio y sesgo del peso, así como que se hubieran realizado en población de jóvenes y adultos con sobrepeso u obesidad, no se consideró fecha límite de publicación.

Fuentes de información

Se realizó una búsqueda en 3 bases de datos: PubMed, CINHALL y Scopus, así como revisión de literatura gris (búsqueda manual y citación) entre los meses de noviembre del 2022 y enero de 2023.

Búsqueda

Para la realización de la búsqueda de artículos, se emplearon los términos Mesh: “stigma”[MeSH Terms], “prejudice”[MeSH Terms], “bias”[MeSH Terms], “weight”[MeSH Terms], “overweight”[-MeSH Terms], “obesity”[MeSH Terms], “adult”[MeSH Terms], “adolescent”[MeSH Terms] y “concept”[All Fields], con lo anterior se integró el algoritmo de búsqueda de la siguiente manera:

(“weight prejudice”[MeSH Terms] OR (“weight”[All Fields] AND “prejudice”[All Fields]) OR “weight prejudice”[All Fields] OR (“weight prejudice”[MeSH Terms] OR (“weight”[All Fields] AND “prejudice”[All Fields]) OR “weight prejudice”[All Fields] OR (“weight”[All Fields] AND “bias”[All Fields]) OR “weight bias”[All Fields]) OR (“weight prejudice”[MeSH Terms] OR (“weight”[All Fields] AND “prejudice”[All Fields]) OR “weight prejudice”[All Fields] OR (“weight”[All Fields] AND “stigma”[All Fields]) OR “weight stigma”[All Fields])) AND (“overweight”[-MeSH Terms] OR “overweight”[All Fields] OR “overweighted”[All Fields] OR “overweightness”[All Fields] OR “overweights”[All Fields]) AND (“obeses”[All Fields] OR “obesity”[MeSH Terms] OR “obesity”[All Fields] OR “obese”[All Fields] OR “obesities”[All Fields] OR “obesity s”[All Fields]) AND (“concept”[All Fields] OR “concept s”[All Fields] OR “concepts”[All Fields]) AND (“adult”[MeSH Terms] OR “adult”[All Fields] OR “adults”[All Fields] OR “adult s”[All Fields]) AND (“adolescences”[All Fields] OR “adolescence”[All Fields] OR “adolescent”[MeSH Terms] OR “adolescent”[All Fields] OR “adolescence”[All Fields] OR “adolescents”[All Fields] OR “adolescent s”[All Fields])

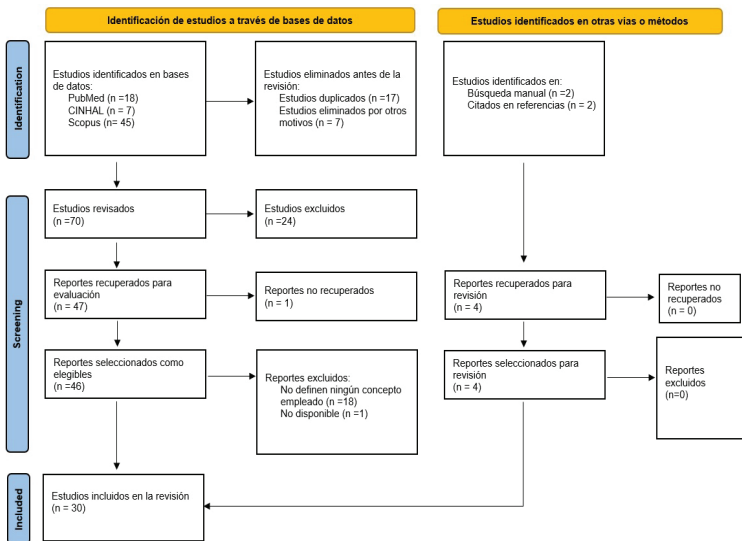
Selección de las fuentes de información

Se obtuvieron 74 artículos, 18 en PubMed, 7 en CINHALL, 45 en Scopus y 4 en literatura gris, posteriormente se realizó una evaluación de acuerdo con los criterios PRISMA y se conservaron 30 artículos (Ver Figura 1).

Extracción de datos y análisis de la información.

Se utilizó la tabla de extracción de datos clave recomendados por el JBI Manual of Evidence Syntesis, entre los que se consideran: autor, año de publicación, país de origen, concepto empleado y características definitorias. Se realizó una evaluación por pares para determinar la pertinencia de los artículos identificados, mediante el software Rayyan.

Figura 1
Diagrama PRISMA de revisión de la literatura



Resultados

Se incluyeron 30 artículos, 26 recuperados a partir de las bases de datos revisadas y 4 de literatura gris. Los principales países en los cuales se realizaron los estudios fueron: EE. UU., colaboraciones entre dos o más países (EE. UU., Australia, Inglaterra, Perú, República Checa, Alemania, España, Italia, Nueva Zelanda, Canadá, Chile, Irlanda e Israel), Australia, Israel, Brasil, Alemania, Qatar, China, Inglaterra y Singapur (Tabla 1).

Tabla 1
Datos y atributos definitorios de los estudios identificados en la revisión de alcance

Autor(es)	Año	País	Concepto	Atributos definitorios
Obara et al.	2018	Brasil	Prejuicio	Atributo negativo; Relaciones entre estereotipos; componente afectivo del estigma.
			Sesgo	Prejuicio relacionado al peso; componente actitudinal; estereotipos (creencias) y discriminación (acciones).
			Estigma	Control social; carga de responsabilidad
Pescosolido & Martin	2015	EUA	Estigma	Atributo desacreditable; marca de vergüenza; marca de opresión; devaluación social de la identidad.
			Prejuicio	Creencias negativas y actitudes apoyadas en estereotipos
Phelan et al.	2015	EUA	Estigma	Marca que describe características físicas; bajo valor social; conlleva a discriminación
Puhl & Brownell	2003	EUA	Estigma	Poseer un atributo o característica; converge en identidad social; devaluación en un contexto social determinado, actitudes negativas
			Prejuicio	Forma aceptada de actitudes negativas hacia personas con obesidad
Austen & Griffiths	2022	Australia	Estigma	Devaluación de la persona
			Sesgo	Internalización de estereotipos negativos
Bidstrup et al.	2022	Australia	Estigma	Penalización social; denigración; manifiesta creencias estereotipadas; actitudes negativas; conductas
Elran-Barak & Bar-Anan	2018	Israel	Sesgo	Prejuicio y discriminación contra personas con obesidad; Actitudes y creencias sobre el peso; implícito y explícito
			Estigma	Aceptación social de la descalificación de un individuo; anormalidad física; deficiencia de carácter; miembro de un grupo descalificado
Gerend et al.	2022	EUA	Estigma	Manifestación conductual a base de discriminación; devaluación social; característica o atributo que genera una identidad social
Jones et al.	2022	Inglaterra	Estigma	Rechazo social; devaluación social; no cumplir normas sociales con respecto al peso; discriminación; internalización de actitudes negativas
			Sesgo	Discriminación
Latner & Stefano	2016	EUA	Estigma	Se manifiesta en discriminación
			Prejuicio	Acoso; perturbar emocionalmente a la persona
Pearl et al.	2018	EUA	Sesgo	Actitudes negativas hacia las personas con obesidad
			Estigma	Actitudes negativas y perjudiciales hacia la persona con obesidad;
Puhl et al.	2010	EUA	Sesgo	Igual que estigma; aceptado socialmente; estereotipos; derogación; devaluación social; discriminación
			Estigma	Desventajas sociales; devaluación social por un atributo o característica del peso; estereotipos negativos; trato desigual; actitudes discriminatorias
			Sesgo	Actitudes discriminatorias

ATRIBUTOS DEL CONCEPTO ESTIGMA DEL PESO: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Autor(es)	Año	País	Concepto	Atributos definitorios
Roberts & Polfuss	2022	EUA	Estigma	Devaluación social; denigración; actitudes negativas; estereotipos; prejuicio; discriminación Implícito y explícito; parte del estigma
Rubino et al.	2020	Múltiples	Estigma	Devaluación social; denigración del individuo; actitudes negativas; prejuicio; discriminación
			Sesgo	Internalización; autodirigido; auto culpa; acordar con estereotipos; autodevaluación. Explícito; actitudes negativas conscientes. Implícito; atribuciones negativas y estereotipos automáticos e inconscientes
Sun et al.	2022	China	Estigma	Igual que sesgo. Discriminación; estereotipos; exclusión social; experimentada; percibida; internalizada
Westbury et al.	2023	Australia/ Londres	Estigma	Acciones prejuiciosas, estereotipadas y discriminatorias; sociopolítico; cultural
Ata & Thompson	2010	EUA	Sesgo	Intercambiable con estigma; actitudes negativas basado en suposiciones sobre el grupo de pertenencia; énfasis cultural; creencias; responsabilidad; controlabilidad; forma aceptable de prejuicio; discriminación
Cohen & Shikora	2020	Brasil / EUA	Sesgo	Actitudes sobre culpa, intolerancia hacia personas con obesidad; características negativas; estereotipos
Friedman et al.	2022	EUA	Sesgo	Estereotipos; estigma; discriminación; asunciones normativas del cuerpo; creencias de controlabilidad; prejuicio
Goff et al.	2023	Singapur	Sesgo Estigma	Creencias negativas; explícito e implícito Actos discriminatorios; ideologías hacia personas por su peso y tamaño
Ksinan et al.	2017	EUA/ República Checa/ Perú	Sesgo	Prejuicio; estereotipos; discriminación; actitudes; creencias; conductas.
Lacroix et al.	2017	Canadá	Sesgo	Igual que estigma igual que prejuicio. Actitudes negativas; discriminación; Componente estructural; intrapersonal; interpersonal
Fruh et al.	2016	EUA	Sesgo	Implícito y explícito
Beck	2016	EUA	Sesgo	Igual que estigma. Inclinación; juicios negativos e irracionales; actitudes; estereotipos; asunciones sobre las habilidades, carácter y destreza de una persona basada en el peso.
Hilbert & Puls	2018	Alemania	Estigma	Inclinación de manera irracional; juicios basados en el peso; estereotipos; prejuicio; discriminación
O'Brien et al.	2013	Australia/ Inglaterra/ EUA/ Nueva Zelanda	Prejuicio	Juicio u opinión hacia las personas con obesidad; discriminación; autoritarismo; dominación social; valores morales
Hilbert et al.	2017	Alemania/ Islandia/ EUA	Estigma	Forma de discriminación; estereotipos negativos; prejuicio; trato injusto; ser parte de un grupo estigmatizado
Humbyrd	2018	EUA	Sesgo	Discriminación; estigma; estereotipos
O'Hara et al.	2021	Qatar	Estigma	Opresión; prejuicio; discriminación; acoso basado en el peso; exclusión social, cultural, económica y política; construcción de prácticas de sesgo y violencia
Major et al.	2017	EUA	Estigma	Devaluación social; denigración; actitudes negativas; estereotipos

Los atributos que se identificaron en el estigma fueron la cualidad física, característica o marca, descalificación o devaluación del individuo, devaluación social o del grupo al que pertenece (Major et al., 2017; Obara et al., 2018b; Pescosolido & Martin, 2015; Phelan et al., 2015; Puhl & Brownell, 2003).

Otros atributos definitorios del estigma fueron la denigración y rechazo vinculado con estereotipos, prejuicios o discriminación que se ejerce sobre la persona estigmatizada y se caracteriza por presentar actitudes, sentimientos o conductas negativas encaminadas hacia las personas por motivo de presentar sobrepeso u obesidad (Austen & Griffiths, 2022; Bidstrup et al., 2022; Elran-Barak & Bar-Anan, 2018; Gerend et al., 2022; Jones et al., 2022; Latner & Stefano, 2016; Pearl, 2018; R. M. Puhl et al., 2010; Roberts & Polfuss, 2022; Rubino et al., 2020; Sun et al., 2022; Westbury et al., 2023).

En cuanto al sesgo se identificaron como atributos conceptuales, las actitudes negativas (prejuicios), estereotipos (creencias), discriminación (conductas) (Ata & Thompson, 2010; Cohen & Shikora, 2020; Elran-Barak & Bar-Anan, 2018; Friedman et al., 2022; Goff et al., 2023; Ksinan et al., 2017; LaCroix et al., 2017; Obara et al., 2018; Pearl, 2018), elementos compartidos con el estigma; con la diferencia de que para algunos estudios el sesgo presenta como atributo dos modalidades: la implícita (acción inconsciente y automática) y explícita (acción consciente y razonada) (Elran-Barak & Bar-Anan, 2018; Fruh et al., 2016; Goff et al., 2023; Roberts & Polfuss, 2022; Rubino et al., 2020), excepto por un estudio que señala lo anterior como un atributo propio del estigma y no del sesgo (Phelan et al., 2015).

Así mismo, se identificó que el estigma y el sesgo comparten la idea de internalización, algunos estudios señalan que el estigma internalizado es la aceptación y adopción de las creencias, sentimientos y estereotipos negativos hacia sí mismos (Bidstrup et al., 2022; Major et al., 2017; Roberts & Polfuss, 2022; Sun et al., 2022), otros estudios atribuyen esta misma definición al sesgo internalizado (Austen & Griffiths, 2022; LaCroix et al., 2017; Latner & Stefano, 2016; Pearl, 2018; Rubino et al., 2020).

Dadas las similitudes observadas al definir y categorizar ambos conceptos, algunos estudios consideran al estigma del peso y sesgo del peso como el mismo concepto (Ata & Thompson, 2010; Beck, 2016; Sun et al., 2022). Tres estudios señalaron que la igualdad

conceptual radica entre el estigma internalizado, el auto estigma y el sesgo internalizado (Major et al., 2017; Pearl, 2018; Sun et al., 2022).

Con respecto al prejuicio, algunos estudios consideran como atributos el juicio adverso, opiniones preconcebidas, apoyo a creencias y actitudes negativas (Friedman et al., 2022; Hilbert & Puls, 2018; Obara et al., 2018; O'Brien et al., 2013; Pescosolido & Martin, 2015). Las actitudes negativas fue un elemento común entre el estigma, el sesgo y el prejuicio; adicionalmente un solo autor le confiere atributos como un elemento conceptual del prejuicio (Obara et al., 2018), aspecto que se resalta en la definición del estigma.

Se observó que la discriminación se emplea como un resultado o consecuencia tanto del estigma, del prejuicio y del sesgo. La mayoría de los estudios incluidos en la revisión coincide en que se trata de conductas abiertas que generan un trato injustificado hacia las personas debido a su peso corporal (Gerend et al., 2022; Hilbert et al., 2017; Hilbert & Puls, 2018; Humbyrd, 2018; Jones et al., 2022; Obara et al., 2018b; O'Brien et al., 2013; Pearl, 2018b; Pescosolido & Martin, 2015; Puhl & Brownell, 2003; Roberts & Polfuss, 2022; Rubino et al., 2020).

Discusión

En la presente revisión se identificó que el estigma del peso ha sido abordado desde tres perspectivas conceptuales que son: estigma, sesgo y prejuicio. Los atributos identificados del estigma fueron la marca o etiqueta que genera devaluación individual y social. El sesgo se compone de tres atributos: actitudes, creencias y acciones negativas. El prejuicio es la actitud de antipatía basada en una falta. Los tres conceptos comparten atributos que se dan dentro de las estructuras políticas, culturales y sociales para establecer control a través de acciones discriminantes.

Como se observó en los atributos del estigma, existe un aspecto relacionado con la identidad social y la devaluación, lo cual puede ser explicado mediante dos perspectivas: el origen y los agentes de estigmatización. La primera perspectiva considera las diferentes fuentes u *orígenes del estigma*, como la sociedad, la cual confiere u

otorga la marca, atributo o característica a una persona por aspectos sociales de pertenencia, norma o control, puede darse a nivel estructural donde participan las instituciones y medios de comunicación (Link & Phelan, 2003; Phelan et al., 2008; Tomiyama et al., 2018).

Otro origen del estigma se encuentra en las relaciones interpersonales; aquí intervienen en primera instancia la familia, después los amigos, compañeros o pares y personas con las que se interactúa en el día a día (Major et al., 2017; Puhl & Brownell, 2003; R. Puhl & Suh, 2015; Rubino et al., 2020), se presentan actitudes (prejuicios) que pueden ser implícitas o explícitas; además de conductas de descalificación (discriminación) y trato injusto hacia las personas con motivo de su peso corporal. Por otra parte, es posible decir que se presenta en la relación intrapersonal que sucede cuando la persona ha interiorizado el estigma y asume que los estereotipos, actitudes y conductas son consecuencia de su peso corporal y los aplica para sí mismo (Link et al., 2017; Link & Phelan, 2003; Tomiyama et al., 2018). Cuando la persona experimenta estigma del peso se vuelve más vigilante y se encuentra a la expectativa de presentar estigma en cualquier circunstancia o anticipar que cualquier tipo de trato diferenciado es debido a su peso y no a cualquier otro motivo o causa no aparente (Major et al., 2017).

La segunda perspectiva corresponde a los *agentes de estigmatización*, dentro de los agentes podemos señalar que existen dos figuras: la primera es quien estigmatiza, aquí se pueden encontrar instituciones y personas; la segunda corresponde a quien es estigmatizado. Estas figuras se pueden encontrar en tres niveles de acción diferentes, el primer nivel está dado por quien estigmatiza y se encuentran a nivel estructural, es decir en las instituciones o medios de comunicación que generan políticas, circunstancias o campañas que promueven situaciones estigmatizantes hacia las personas con sobrepeso y obesidad. En el segundo nivel encontramos a personas que pertenecen a la familia, amigos, pares, empleadores y trabajadores de la salud que ejercen actitudes y conductas estigmatizantes a través de las interacciones cotidianas con las personas, principalmente con motivos de preservar situaciones sociales de normatividad y deber ser con respecto al aspecto físico o al peso corporal (Pescosolido & Martin, 2015).

En el tercer nivel, se encuentra la propia persona estigmatizada, se trata del nivel intrapersonal, donde al internalizar el estigma, se reconoce y acepta como verdad aquella marca, atributo o característica hacia su persona, se está de acuerdo en que las actitudes y conductas son acordes a su situación y se convierten en verdades que eventualmente le impedirán abordar la situación, seguir un tratamiento o buscar ayuda (Bidstrup et al., 2022).

Otro aspecto que se identificó fue el atributo social y cultural del estigma. Lo anterior concuerda con lo propuesto por autores como Major (2017) y Tomiyama (2018) quienes consideran el estigma del peso como un proceso a nivel macro que corresponde a estructuras institucionales (gubernamentales, laborales, de salud y educativas); meso (relaciones interpersonales con familia, pares, empleadores y personal de salud) y a nivel micro (procesos personales de internalización). Por otra parte, Stangl et al. (2019) consideran que el estigma en general mantiene niveles con la diferencia que además del individual e interpersonal, consideran un tercer nivel adicional en el cual participan las organizaciones, la comunidad y las políticas públicas (Stangl et al., 2019).

Conclusiones

En la literatura, los términos estigma, sesgo y prejuicio se han utilizado como sinónimos, empleando atributos de cada uno de manera intercambiable, sin embargo, se debe considerar el origen disciplinar de cada concepto y los atributos característicos de cada uno. El estigma del peso presenta como atributos principales el ser una característica o marca conferida socialmente, con carácter desacreditador, con base en el peso corporal de una persona. El prejuicio es una actitud de antipatía basada en una falta que se generaliza y se considera inflexible. El sesgo se compone de tres atributos: creencias, actitudes y acciones.

Además, se identificó que existen atributos compartidos entre los tres conceptos, como el establecimiento de control social, cultural y político mediante acciones concretas dadas mediante la discriminación.

Referencias

- Ata, R. N., & Thompson, J. K. (2010). Weight bias in the media: A review of recent research. *Obesity Facts*, *3*(1), 41–46. <https://doi.org/10.1159/000276547>
- Austen, E., & Griffiths, S. (2022). Weight stigma predicts reduced psychological wellbeing and weight gain among sexual minority men: A 12-month longitudinal cohort study using random intercept cross-lagged panel models. *Body Image*, *40*, 19–29. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2021.10.006>
- Beck, A.R. (2016). Psychosocial aspects of obesity. *NASN School Nurse*, *31*(1), 23–27. <https://doi.org/10.1177/1942602X15619756>
- Bidstrup, H., Brennan, L., Kaufmann, L., & de la Piedad Garcia, X. (2022). Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *International Journal of Obesity*, *46*(1), 1. <https://doi.org/10.1038/S41366-021-00982-4>
- Bissell, K., & Parrott, S. (2013). Prejudice: the role of the media in the development of social bias. *Journalism and Communication Monographs*, *15*(4), 219–270. <https://doi.org/10.1177/1522637913504401>
- Breithaupt, L., Trojanowski, P., & Fischer, S. (2020). Implicit and explicit anti-fat attitude change following brief cognitive dissonance intervention for weight stigma. *Obesity*, *28*(10), 1853–1859. <https://doi.org/10.1002/oby.22909>
- Brochu, P. M., Gawronski, B., & Esses, V. M. (2011). The integrative prejudice framework and different forms of weight prejudice: An analysis and expansion. *Group Processes and Intergroup Relations*, *14*(3), 429–444. <https://doi.org/10.1177/1368430210396520>
- Cheng, M., Wang, S., Lam, Y., Luk, H., Man, Y., & Lin, C. (2018). The relationships between weight bias, perceived weight stigma, eating behavior, and psychological distress among undergraduate students in Hong Kong. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *206*(9), 705–710. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000869>
- Cheng, O., Ying, Y., Cheung, N., Lee, P., Ngai, M., & Lin, C. (2019). Extended theory of planned behavior on eating and

- physical activity. *American Journal of Health Behavior*, 43(3), 559–581. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.3.11>
- Clark, O., Lee, M. M., Jingree, M. L., O'Dwyer, E., Yue, Y., Marrero, A., Tamez, M., Bhupathiraju, S. N., & Mattei, J. (2021). Weight stigma and social media: Evidence and public health solutions. *Frontiers in Nutrition*, 8, 739056. <https://doi.org/10.3389/FNUT.2021.739056>
- Cohen, R., & Shikora, S. (2020). Fighting weight bias and obesity stigma: a call for action. *Obesity Surgery*, 30(5), 1623–1624. <https://doi.org/10.1007/S11695-020-04525-0>
- DeCarvalho, R. J. (1993). Gordon W. Allport on the nature of prejudice. *Psychological Reports*, 72(1), 299–308. <https://doi.org/10.2466/pr0.1993.72.1.299>
- Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80–S86. <https://doi.org/10.1038/OBY.2008.448>
- Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., & Peleg, S. (2020). Weight stigmatization among physical therapy students and registered physical therapists. *Obesity Facts*, 13(2), 104–116. <https://doi.org/10.1159/000504809>
- Elran-Barak, R., & Bar-Anan, Y. (2018). Implicit and explicit anti-fat bias: The role of weight-related attitudes and beliefs. *Social Science and Medicine*, 204, 117–124. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.03.018>
- Friedman, C., Feldner, H., & VanPuymbrouck, L. (2022). Anti-fat biases of occupational and physical therapy assistants. *Occupational Therapy in Health Care*, 36(1), 63–83. <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1972380>
- Fruh, S. M., Nadglowski, J., Hall, H. R., Davis, S. L., Crook, E. D., & Zlomke, K. (2016). Obesity stigma and bias. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 425–432. <https://doi.org/10.1016/J.NURPRA.2016.05.013>
- Fulton, M., & Srinivasan, V. N. (2021). *Obesity, Stigma and Discrimination*. StatPearls; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554571/>
- Gerend, M. A., Patel, S., Ott, N., Wetzell, K., Sutin, A. R., Terracciano, A., & Maner, J. K. (2022). A qualitative analysis of people's experiences with weight-based discrimination.

- Psychology and Health*, 37(9), 1093–1110. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1921179>
- Goff, A., Lee, Y., & Tham, K. (2023). Weight bias and stigma in healthcare professionals: a narrative review with a Singapore lens. *Singapore Medical Journal*, 64(3), 155. <https://doi.org/10.4103/SINGAPOREMEDJ.SMJ-2022-229>
- Hilbert, A., Hübner, C., Schmutzer, G., Danielsdottir, S., Brähler, E., & Puhl, R. (2017). Public support for weight-related antidiscrimination laws and policies. *Obesity Facts*, 10(2), 101–111. <https://doi.org/10.1159/000456012>
- Hilbert, A., & Puls, H. C. (2018). Stigmatization associated with obesity in children and adolescents. *Eating Disorders and Obesity in Children and Adolescents*, 105–109. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54852-6.00017-3>
- Humbyrd, C. J. (2018). Virtue ethics in a value-driven world: Bias in orthopaedics. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 476(11), 2135–2137. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000488>
- Jones, A., & Forhan, M. (2019). Physiotherapy Theory and Practice addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(7), 808–816. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1648623>
- Jones, A., Hardman, C. A., Devlin, N., Pennington, C. R., & Robinson, E. (2022). Weight-based discrimination in financial reward and punishment decision making: causal evidence using a novel experimental paradigm. *International Journal of Obesity*, 46(7), 1288–1294. <https://doi.org/10.1038/S41366-022-01109-Z>
- Ksinan, A. J., Almenara, C. A., & Vaculik, M. (2017). The effect of belief in weight controllability on anti-fat attitudes: An experimental manipulation. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 67(3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/J.ERAP.2016.12.004>
- LaCroix, E., Alberga, A., Russell-Mathew, S., McLaren, L., & Von Ranson, K. (2017). Weight bias: a systematic review of characteristics and psychometric properties of self-report questionnaires. *Obesity Facts*, 10(3), 223–237. <https://doi.org/10.1159/000475716>

- Latner, J. D., & Stefano, E. C. (2016). Obesity stigmatization and the importance of the research of A.J. Stunkard. *Current Obesity Reports*, 5(1), 121–125. <https://doi.org/10.1007/S13679-016-0198-7>
- Lee, K. M., Hunger, J. M., & Tomiyama, A. J. (2021). Weight stigma and health behaviors: evidence from the Eating in America Study. *International Journal of Obesity*, 45(7), 1499–1509. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00814-5>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2003). Conceptualizing stigma. *Annurev.Soc*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.SOC.27.1.363>
- Link, B. G., Phelan, J. C., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). *Stigma as a Fundamental Cause of Health Inequality*. In Brenda Major, John F. Dovidio, and Bruce G. Link (eds), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, (pp. 53–68). Oxford Library of Psychology, <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.4>
- Major, B., Dovidio, J. F., Link, B. G., & Calabrese, S. K. (2017). *Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview*. In Brenda Major, John F. Dovidio, and Bruce G. Link (eds), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, (pp. 3–28). Oxford Library of Psychology, <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.1>
- Miric, M., Álvaro, J. L., González, R., Raquel, A., & Torres, R. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2), 172–185. <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>
- Obara, A. A., Vivolo, S. R. G. F., & Alvarenga, M. D. S. (2018). Weight bias in nutritional practice: a study with nutrition students. *Cadernos de Saude Publica*, 34(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088017>
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Ebnetter, D., & Hunter, J. A. (2013). Obesity discrimination: The role of physical appearance, personal ideology, and anti-fat prejudice. *International Journal of Obesity*, 37(3), 455–460. <https://doi.org/10.1038/IJO.2012.52>
- Ortiz, M., & Gómez-Pérez, D. (2019). Psychometric properties of a brief Spanish version of Stigmatizing Situations Inventory.

- Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.538>
- Pearl, R. L. (2018). Weight bias and stigma: public health implications and structural solutions. *Social Issues and Policy Review*, 12(1), 146–182. <https://doi.org/10.1111/SIPR.12043>
- Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41, 87–116. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-SOC-071312-145702>
- Phelan, Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319–326. <https://doi.org/10.1111/OBR.12266>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213–227. <https://doi.org/10.1046/J.1467-789X.2003.00122.X>
- Puhl, R. M., Heuer, C. A., & Brownell, K. D. (2010). Stigma and social consequences of obesity. *Clinical Obesity in Adults and Children*, 25–40. <https://doi.org/10.1002/9781444307627.CH3>
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 1–10. <https://doi.org/10.1007/S11920-015-0552-6/TABLES/1>
- Reinka, M. A., Quinn, D. M., & Puhl, R. M. (2021). Examining the relationship between weight controllability beliefs and eating behaviors: the role of internalized weight stigma and BMI. *Appetite*, 164. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105257>
- Roberts, K. J., & Polfuss, M. L. (2022). Weight stigma in children and adolescents: Recommendations for practice and policy. *Nursing*, 52(6), 17–24. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000829904.57766.58>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J.

- B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, *26*(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The health stigma and discrimination framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, *17*(31). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Sun, M., Peng, J., & Lommel, L. (2022). Prevalence and correlates of weight stigma among postpartum women in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 14692. <https://doi.org/10.3390/IJERPH192214692>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*, *16*(1), 123. <https://doi.org/10.1186/S12916-018-1116-5>
- Weinstein, E. (1965). Stigma: notes on the management of spoiled identity. Erving Goffman. *American Journal of Sociology* *70*(5), 636–636. <https://doi.org/10.1086/223949>
- Westbury, S., Oyebo, O., van Rens, T., & Barber, T. M. (2023). Obesity stigma: causes, consequences, and potential solutions. *Current Obesity Reports*, *12*(1), 10–23. <https://doi.org/10.1007/S13679-023-00495-3/FIGURES/1>
- World Obesity. (2021). *Weight Stigma* | *World Obesity Federation*. <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma>

CAPÍTULO 13

EL PAPEL DE LA PERCEPCIÓN CORPORAL EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO 2: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

TANIA HUERTA-CHAN

Licenciada en Enfermería

Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México

e-mail: tania.huerta@uadec.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-1984-4054>

***ISAÍ ARTURO MEDINA-FERNÁNDEZ**

Doctor en Salud Pública

Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México

e-mail: isai-medina@uadec.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

REYNA TORRES-OBREGÓN

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila, México

e-mail: reyna.torres@uadec.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3546-6970>

JOSUÉ ARTURO MEDINA-FERNÁNDEZ

Doctor en Salud Pública

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Chetumal,

Quintana Roo, México

e-mail: josue.medina@uqroo.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: La diabetes tipo 2 (DT2) es un problema reconocido a nivel mundial, especialmente en adultos mayores, debido a su alta prevalencia, complicaciones y efectos sobre la calidad de vida. El

proceso de envejecimiento, sumado a los cambios físicos y emocionales derivados de la enfermedad, influye en la percepción corporal y en la manera en que las personas afrontan el autocuidado. La percepción corporal puede impactar en la adherencia terapéutica, la motivación y la adopción de conductas saludables. El objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre la influencia de la percepción corporal en el nivel de autocuidado de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. **Metodología:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura mediante la estrategia PEO. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y SciELO, considerando estudios publicados entre 2015 y 2025, en español e inglés. Se incluyeron investigaciones cuantitativas, cualitativas y revisiones que abordaran la relación entre percepción corporal, constructos asociados y autocuidado en adultos mayores con DT2. **Resultados:** Los estudios incluidos evidenciaron que una percepción corporal positiva se asocia con mayor adherencia al tratamiento, mejor práctica de actividad física y control glucémico más favorable. Asimismo, se identificó que la autoestima y el apoyo social influyen en las conductas de autocuidado, aunque la evidencia es limitada en población adulta mayor y en contextos latinoamericanos. **Conclusiones:** La percepción corporal influye de manera significativa en el autocuidado de adultos mayores con diabetes tipo 2. Se identificaron vacíos de conocimiento que justifican el desarrollo de investigaciones e intervenciones integrales desde enfermería, incorporando la dimensión psicosocial para fortalecer el manejo de la enfermedad.

Introducción

La diabetes tipo 2 (DT2) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, complicaciones y repercusiones en la calidad de vida de quienes la padecen (International Diabetes Federation [IDF], 2023). En los adultos mayores, esta enfermedad adquiere mayor relevancia, ya que el proceso de envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que influyen directamente en el manejo de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

En cuanto a los cambios relacionado con lo psicológico y emocional, en personas con diabetes influye directamente en la percepción corporal, esto derivado de cambios físicos de la enfermedad pueden modificar la forma en que el individuo percibe su cuerpo, generando aceptación, malestar o sensación de estabilidad. Esta percepción puede impactar en la adherencia al tratamiento, el control glucémico y la motivación para el autocuidado, configurando una relación estrecha entre bienestar emocional, cuerpo y manejo cotidiano de la enfermedad.

Al hablar de percepción corporal es un proceso subjetivo mediante el cual la persona reconoce, interpreta y valora las características físicas de su cuerpo, así como las sensaciones asociadas a este, integrando cambios derivados de la enfermedad, el control de la misma y la experiencia personal de bienestar. En este sentido, la percepción corporal no se limita a la imagen externa, sino que incluye la sensación de estabilidad y aceptación del propio cuerpo, incluso cuando se presenta cambios por la diabetes y envejecimiento (Medina et al, 2020).

Por otra parte, el autocuidado en diabetes se refiere a las acciones cotidianas, autónomas y conscientes que realiza la persona para controlar su enfermedad y preservar su bienestar. Incluye la toma de decisiones informadas sobre alimentación, actividad física, monitoreo glucémico y tratamiento farmacológico, integradas al contexto de vida diaria. Este proceso combina responsabilidad personal, habilidades adquiridas y apoyo profesional, favoreciendo la prevención de complicaciones y una mejor calidad de vida (Puzhakkal et al, 2025). Este manejo diario de la diabetes exige mucho tiempo y atención mental, lo que puede agotar la energía emocional y afectar la percepción de autocuidado (Tenreiro y Hatipoglu, 2025).

No obstante, estas prácticas están relacionadas con el autocuidado, la cual se considera un pilar fundamental en el control de la DT2, ya que involucra conductas relacionadas con la alimentación, la actividad física, la adherencia al tratamiento farmacológico y el monitoreo de la glucosa (American Diabetes Association [ADA], 2023). Sin embargo, la capacidad para mantener estas conductas puede verse condicionada por factores individuales, entre los que destaca la percepción corporal. Esta percepción se entiende como la forma en que las personas interpretan, valoran y experimentan su propio cuerpo, influyendo en su autoestima, motivación y disposi-

ción para llevar a cabo acciones de autocuidado (Cash & Smolak, 2019).

Diversos estudios han señalado que una percepción corporal negativa en adultos mayores con DT2 puede asociarse con baja adherencia a los tratamientos, resistencia a la práctica de ejercicio físico y dificultades para mantener un estilo de vida saludable (Aujoulat et al., 2020; Penckofer et al., 2021). Por el contrario, una percepción corporal positiva contribuye a una mejor aceptación de la enfermedad y promueve la implementación de estrategias de autocuidado, lo que impacta de manera favorable en el control glucémico y en la prevención de complicaciones (Martín-Aragón et al., 2022).

En este contexto, resulta pertinente identificar en la literatura el impacto que tiene la percepción corporal en el nivel de autocuidado de los adultos mayores con DT2 mediante una revisión integrativa de literatura, con el fin de generar evidencia que sustente el diseño de intervenciones integrales dirigidas a mejorar tanto la salud física como el bienestar psicológico de esta población.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura con el propósito de responder a la pregunta: ¿La percepción corporal influye en el nivel de autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2? Para estructurarla se empleó la estrategia PEO, está conformado por la Población, la Exposición a un fenómeno, y el Outcome o resultado que se desea explorar, su uso facilita la búsqueda de evidencia para la comprensión de cómo las percepciones influyen en los procesos de salud, enfermedad y cuidado.

De primera instancia se realizó una búsqueda de literatura en bases de datos electrónicas, como PubMed, Scopus, CINAHL, SciELO y repositorios académicos latinoamericanos. Los criterios de búsqueda incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025, en idioma español o inglés, con población adulta mayor (≥ 60 años) con diabetes mellitus tipo 2, que incluyeran sinónimos relacionadas con la percepción corporal y autocuidado.

Se emplearon términos MeSH / DeCS tales como *Body Image*, *Body Satisfaction*, *Body Awareness*, *Self-Care*, *Diabetes Mellitus type 2*, *Aged*, *Elderly*, combinados con operadores booleanos (AND,

OR). Se aplicaron filtros de edad, estudios con población humana, estudios originales cuantitativos, cualitativos y revisiones de alcance / sistemáticas.

Así, en CINAHL Complete se obtuvieron un total de 52 artículos, en Scopus 285 artículos, en PubMed 418 artículos y finalmente en SciELO 21 artículos. A partir de este primer resultado, se aplicaron filtros de tiempo (2015–2025), población (adultos mayores con diabetes tipo 2), idioma (inglés y español) y se ajustaron las estrategias de búsqueda mediante el cambio en el orden de los descriptores y el uso de sinónimos.

Se consideraron los siguientes criterios:

- Inclusión: artículos publicados entre 2015 y 2025, en inglés o español, población de adultos mayores (≥ 60 años) con diabetes mellitus tipo 2, estudios originales y revisiones que abordaran la relación entre percepción corporal y autocuidado.
- Exclusión: estudios con población pediátrica o adultos jóvenes, investigaciones en otras enfermedades crónicas no relacionadas con diabetes, artículos duplicados o sin texto completo.

Posteriormente, se seleccionaron 6 artículos de CINAHL Complete, 8 de PubMed, 5 de Scopus y 3 de SciELO, sumando un total de 22 artículos que cumplían inicialmente con los criterios de inclusión. De estos, se realizó la lectura completa y un análisis crítico considerando la pertinencia con la pregunta de investigación. Finalmente, se seleccionaron 5 artículos que respondían directamente a la relación entre percepción corporal y constructos relacionados (satisfacción corporal, conciencia corporal, autoestima) y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2, los cuales fueron incluidos para la síntesis de evidencia en esta revisión.

Resultados

La búsqueda de la literatura permitió identificar un total de 22 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se realizó la lectura crítica de los textos completos, lo que determinó la selección final de 5 artículos directamente relacionados con la pregunta clínica.

Respecto a la distribución temporal, la mayoría de los estudios se concentraron entre los años 2015 y 2023, observándose un aumento progresivo de publicaciones en la última década que vinculan la percepción corporal con conductas de autocuidado en personas con diabetes tipo 2. En cuanto a la distribución geográfica, tres estudios fueron realizados en América (Estados Unidos, Canadá y México), dos en Asia (Turquía y Tailandia) y uno en Latinoamérica (México).

En relación con los hallazgos principales, se identificó que:

- La conciencia y la percepción corporal están asociadas con parámetros clínicos como niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada, sugiriendo que a medida que avanza la enfermedad disminuye la autopercepción corporal (Uysal et al., 2023).
- En mujeres mayores, la percepción corporal se vinculó con el cumplimiento médico y las conductas de autocuidado, evidenciando que una percepción corporal positiva se asocia con mayor adherencia a los tratamientos (Bennett et al., 2003).
- Los estudios en población mexicana señalaron que niveles bajos de autocuidado se asocian con peores indicadores de salud (HbA1c, IMC y perfil lipídico), lo cual relaciona de forma indirecta la percepción corporal con las prácticas de autocuidado (López et al., 2010; González et al., 2016).
- En adultos mayores tailandeses, se observó que el apoyo social fue el principal predictor del autocuidado, aunque la autoestima percibida, relacionada con la percepción corporal, no mostró asociación significativa (Kongsuk et al., 2023).

Tabla 1

Resumen de artículos seleccionados para la realización de revisión narrativa posterior a la aplicación de criterios de inclusión y lectura crítica

Nombre del estudio/ Lugar y año de publicación	Objetivos	Conclusión y/o resultados
1 <i>Investigation of body awareness and body image perception in patients with type 2 diabetes mellitus</i> / Turquía, 2023	Explorar la conciencia corporal y la percepción de la imagen corporal en personas con DT2 y su relación con parámetros clínicos.	La conciencia corporal se asoció con niveles de glucosa y HbA1c; conforme avanza la enfermedad disminuye la percepción corporal en ciertas regiones.

Nombre del estudio/ Lugar y año de publicación	Objetivos	Conclusión y/o resultados
2 <i>Type 2 diabetes mellitus, physical activity, exercise self-efficacy, and body satisfaction / Canadá, 2015</i>	Analizar la relación entre satisfacción corporal, autoeficacia y actividad física en adultos mayores con DT2.	La satisfacción corporal influye indirectamente en la autoeficacia y la práctica de actividad física; mejorar la percepción del cuerpo puede favorecer conductas de autocuidado.
3 <i>Body image among older, rural, African-American women with type 2 diabetes / EE. UU., 2003</i>	Examinar la percepción de imagen corporal y su vínculo con el autocuidado en mujeres mayores con DT2.	Una imagen corporal positiva se asocia con mayor cumplimiento médico y mejores prácticas de autocuidado; prefirieron imágenes corporales más pequeñas que en estudios previos.
4 <i>Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes / México, 2010</i>	Analizar conductas de autocuidado y su relación con indicadores de salud en adultos con DT2.	Bajos niveles de autocuidado se asociaron con mayor HbA1c, IMC y peor perfil lipídico; la dieta fue la dimensión más influyente.
5 <i>Factors predicting self-care behavior among older adults with type 2 diabetes mellitus / Tailandia, 2023</i>	Identificar factores predictores del autocuidado en adultos mayores con DT2.	El apoyo social fue el predictor más fuerte de autocuidado; la autoestima percibida, relacionada con la autoimagen, no mostró asociación significativa.

Fuente: Tabla elaborada por los autores.

La evidencia disponible indica que la percepción corporal y constructos relacionados (satisfacción corporal, conciencia corporal, autoestima) ejercen una influencia en el nivel de autocuidado, especialmente en dimensiones como la actividad física, la adherencia a la dieta y la percepción de salud. Sin embargo, la literatura muestra una brecha investigativa, ya que los estudios son limitados en adultos mayores y existe escasa producción en población latinoamericana.

Discusión

La presente revisión permitió identificar evidencia científica que relaciona la percepción corporal con el autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Los hallazgos coinciden en señalar que la percepción corporal, es un factor que influye en la adherencia a conductas de autocuidado, particularmente en la dieta, la práctica de actividad física y el cumplimiento terapéutico.

De acuerdo con Uysal et al. (2023), la percepción corporal se asocia con parámetros clínicos como glucosa y hemoglobina glico-

silada, lo cual sugiere que una percepción más adecuada del cuerpo puede favorecer la regulación metabólica. Por su parte, Plotnikoff et al. (2015) encontraron que la percepción corporal guarda relación indirecta con la autoeficacia para la actividad física, indicando que los programas de promoción de salud que integren componentes de autoimagen podrían incrementar el nivel de autocuidado en esta población. Asimismo, Bennett et al. (2003) demostraron que una percepción corporal positiva en mujeres mayores con diabetes tipo 2 se asocia con un mayor cumplimiento médico, fortaleciendo la hipótesis de que la autopercepción influye directamente en la manera en que los pacientes se comprometen con su tratamiento.

En el contexto latinoamericano, López et al. (2010) y González et al. (2016) evidenciaron bajos niveles de autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2, los cuales se vincularon con indicadores de salud como IMC y HbA1c, lo que permite inferir una relación indirecta con la percepción corporal. De forma complementaria, el estudio de Kongsuk et al. (2023) en adultos mayores tailandeses destacó que el apoyo social es un factor determinante del autocuidado, lo que refleja que la percepción corporal debe analizarse junto con variables psicosociales que condicionan el manejo de la enfermedad.

En este sentido, la literatura revisada muestra que la percepción corporal es un factor relevante pero poco explorado en la investigación sobre autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2. La mayoría de los estudios se han centrado en poblaciones de mediana edad o en variables clínicas, dejando un vacío de conocimiento en la interacción entre percepción corporal y prácticas de autocuidado en personas mayores. Además, se identifica un área de oportunidad importante en la producción científica latinoamericana, lo que limita la disponibilidad de evidencia contextualizada para esta región.

Desde la perspectiva de la EBE, comprender como la percepción corporal influye en el autocuidado resulta fundamental para diseñar intervenciones educativas y de acompañamiento que no solo aborden aspectos clínicos, sino también psicosociales y emocionales de los adultos mayores con diabetes tipo 2. Integrar este enfoque permitiría fomentar una atención integral y centrada en la persona, mejorando la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, los resultados en salud.

Conclusiones

La revisión de la literatura evidencia que la percepción corporal, junto con constructos relacionados como la satisfacción corporal, la conciencia corporal y la autoestima, influye en el nivel de autocuidado de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Esta influencia se refleja principalmente en la adherencia a conductas relacionadas con la dieta, la actividad física y el cumplimiento del tratamiento médico.

No obstante, la evidencia disponible es aún limitada, especialmente en población adulta mayor y en contextos latinoamericanos, donde se resaltan estudios centrados en prácticas de autocuidado sin explorar en profundidad el papel de la percepción corporal. Se identificó, por tanto, una brecha investigativa que justifica la necesidad de estudios que integren la dimensión psicosocial de dicha variable con el manejo integral de la diabetes.

Desde el ámbito de enfermería, abordar esta relación representa una oportunidad para diseñar intervenciones educativas y de acompañamiento que consideren la percepción corporal como un elemento clave para fortalecer la adherencia al autocuidado y mejorar los resultados en salud en adultos mayores con diabetes tipo 2.

Referencias

- American Diabetes Association. (2023). Standards of medical care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement 1), S1–S290. <https://doi.org/10.2337/dc23-SINT>
- Aujoulat, I., Jacquemin, P., Hermans, M., Legrand, K., Deccache, A., & Devleeschauwer, B. (2020). Self-management and health care use in patients with type 2 diabetes: A qualitative exploratory study. *Patient Preference and Adherence*, 14, 987–996. <https://doi.org/10.2147/PPA.S248962>
- Bennett, C., Wolin, K. Y., & Robinson, E. L. (2003). Body image among older, rural, African American women with type 2 diabetes. *Ethnicity & Disease*, 13(2), 251–257. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12974135>
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2019). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (3rd ed.). The Guilford Press.

- González, J. A., Hernández, J. M., & Rodríguez, R. (2016). Autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermería Herediana*, 9(2), 89–96. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2684>
- International Diabetes Federation. (2023). IDF diabetes atlas (10th ed.). IDF. <https://diabetesatlas.org>
- Kongsuk, J., Thongseiratch, T., & Kaewpradit, N. (2023). Factors predicting self-care behavior among older adults with type 2 diabetes mellitus. *Rama Nursing Journal*, 29(1), 38–52. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/274016>
- López-Carmona, J. M., López, M., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Franco, C. (2010). Self-care behaviors and health indicators in adults with type 2 diabetes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 505–512. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20922312>
- Martín-Aragón, S., Martínez-García, M., & López, R. (2022). Body image, self-care behaviors, and quality of life in older adults with type 2 diabetes. *Journal of Aging and Health*, 34(5–6), 819–835. <https://doi.org/10.1177/08982643211069345>
- Medina Fernández, I. A., Navarro Oliva, E. I. P., Chi Uitz, A. Y., Yam Sosa, A. V., Carrillo Cervantes, A. L., & Esparza González, S. C. (2020). Modo de autoconcepto en una adulta con diabetes durante las prevejez: un estudio de caso. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 20(1), 166–175. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.469>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la diabetes. OMS. <https://www.who.int/publications/item/9789241565257>
- Penckofer, S., Doyle, T., Byrn, M., Lustman, P. J., & Eisenberg, L. (2021). The role of body image in depression and self-care behaviors of women with type 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110345. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110345>
- Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Johnson, S. T., & Courneya, K. S. (2015). Type 2 diabetes mellitus, physical activity, exercise self-efficacy, and body satisfaction: An application of the transtheoretical model in older adults. *Psychology, Health & Medicine*, 20(3), 283–294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25750816>

- Puzhakkal, S., Kavanagh, S., Conway, B., *et al.* (2025). Autocuidado y autogestión en la diabetes: Conceptos, teorías y prácticas. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 47, 2094–2100. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-01941-z>
- Tenreiro, K., & Hatipoglu, B. (2025). *Mind Matters: Mental Health and Diabetes Management*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 110(Supplement 2), S131–S136. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae607>
- Uysal, A., Kadioglu, E., & Karakaya, D. (2023). Investigation of body awareness and body image perception in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Practice*, 29(4), e13117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37330754>

CAPÍTULO 14

MINDFULNESS Y ESTRÉS EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA

YADIRA MATEO- CRISÓSTOMO

*Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería
Maestra en Ciencias de Enfermería
Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato, México*
e-mail: y.mateocrisostomo@ugto.mx
<https://orcid.org/0000-0002-9861-6676>

HERLINDA AGUILAR ZAVALA

*Doctora en Ciencias Médicas
Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato, México*
e-mail: h.aguilar@ugto.mx
<https://orcid.org/0000-0003-1032-8192>

NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA

*Doctora en Ciencias de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México*
e-mail: nordariz@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9033-3244>

GRISelda HERNÁNDEZ RAMÍREZ

*Doctora en Educación
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México*
e-mail: grys78@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0781-8222>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: el ingreso a prisión se puede entender como una experiencia marcada por la pérdida y el reajuste a un entorno que exige un esfuerzo adaptativo constante, lo cual genera consecuencias afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas. El encarcelamiento, es considera como uno de los eventos más traumáticos que puede

vivir una persona, ya que es una experiencia que puede resultar complicada en razón a ciertos rasgos característicos del entorno carcelario como: ruptura con el estilo de vida cotidiano, pertenencia a un medio controlado y monitoreado y alejamiento de las redes de apoyo además de otros factores. El objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre el efecto del Mindfulness sobre el estrés en las personas privadas de su libertad. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática, para la estrategia de búsqueda se utilizaron descriptores en los idiomas inglés, español y portugués. La selección de los estudios, se enfocó en aquellos que exploraban las relaciones entre Mindfulness y el estrés en individuos que se encuentran en situación de reclusión. Se consideraron tanto artículos originales como estudios cuantitativos, tanto experimentales como cuasi experimentales. Además, se limitó la búsqueda a publicaciones de los últimos cinco años (2018-2023) para garantizar la relevancia y actualidad de los hallazgos. **Resultados:** se identificó que existe una relación y efecto positivo y significativo entre la práctica del Mindfulness y el estrés en las personas privadas de su libertad. **Conclusiones:** Aunque la evidencia disponible respalda en gran medida la efectividad de los programas de Mindfulness en este contexto, es importante reconocer las limitaciones actuales de la investigación. La mayoría de los estudios son de naturaleza cuasi experimental y carecen de un seguimiento a largo plazo, lo que podría limitar la comprensión completa de los beneficios a largo plazo de estas intervenciones.

Palabras Claves: Mindfulness, estrés, prisioneros

Introducción

El encarcelamiento representa un factor significativo de estrés y actúa como un desencadenante independiente de problemas cognitivos y emocionales (Porter et al., 2021). La experiencia de estar en prisión interrumpe y transforma radicalmente el ritmo de vida de los individuos, incluso si previamente se enfrentaban a conflictos, traumas o comportamientos destructivos. Este cambio drástico requiere una adaptación considerable, y el entorno carcelario añade estresores adicionales, como la estricta normativa penitenciaria, la pérdida de autonomía en actividades diarias, y la incertidumbre so-

bre el proceso judicial o la revisión de la condena. La convivencia entre internos también genera dinámicas y relaciones particulares que pueden ser una fuente constante de tensión (Antoni & Ortega, 2015).

El entorno penitenciario puede provocar una “reducción de uno mismo”, donde el sufrimiento mental y emocional está influenciado por antecedentes psicopatológicos y la acumulación de adversidades (Arroyo & Dhabhar, 2015). Este sufrimiento es particularmente intenso en los primeros momentos de encarcelamiento y cuando se enfrentan contratiempos personales, familiares o judiciales, aumentando el riesgo de estrés, ansiedad, depresión y suicidio. La literatura sugiere que construir un entorno penitenciario más respetuoso, amable y comunicativo es esencial para mejorar la salud mental de los internos y reducir la violencia (Porter et al., 2021).

La entrada en prisión puede entenderse como una experiencia de pérdida y reajuste constante a un entorno que exige un esfuerzo adaptativo considerable, con consecuencias afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas. El encarcelamiento es uno de los eventos más traumáticos que una persona puede experimentar, debido a la ruptura con su vida cotidiana, la pertenencia a un medio controlado y monitoreado, y el alejamiento de sus redes de apoyo (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018).

Además, las personas privadas de su libertad enfrentan problemas como el exceso de ruido, el aislamiento y el aburrimiento (Romero et al., 2020). También deben lidiar con las reglas de la prisión, las expectativas del personal y otros reclusos, y la intimidación sexual. El estrés puede aumentar cerca del momento de su liberación, debido a la incertidumbre sobre el “exterior” (Steyn & Hall, 2015). Silverman y Vega (1990) señalan que la prisión representa un nuevo entorno al que la persona responde con un choque cultural, adoptando normas y costumbres de la cultura carcelaria, lo que puede resultar en una pérdida de individualidad.

Las fuentes comunes de estrés en prisión incluyen la pérdida de libertad, altos niveles de violencia, conflictos con otros internos o el personal, falta de privacidad y hacinamiento. La constante sensación de amenaza y la incapacidad para anticipar situaciones aumentan la falta de seguridad (Steyn & Hall, 2015). El estrés, definido como un desafío, trastorno o estímulo interno o externo, afecta muchos aspectos de la vida, promoviendo la ansiedad y los sínto-

mas depresivos, y es exacerbado por el encarcelamiento (Echeverri, 2010). Este proceso es el resultado de la privación de necesidades esenciales, como la autonomía, la libertad y el contacto social, y de condiciones materiales adecuadas o un alto estatus económico (Dehghan et al., 2020).

El encarcelamiento implica cambios significativos en la vida de las personas, que deben adaptarse a su nueva realidad. Este proceso de adaptación puede ser facilitado por el apoyo de familiares y amigos, aunque el encarcelamiento puede cambiar la percepción del mundo, provocar una reevaluación de la vida y alterar las prioridades personales. La reacción al encarcelamiento varía; algunas personas lo aceptan, mientras que otras no logran adaptarse a esta situación (Dolińska-Zygmunt et al., 2013).

En este contexto, se han explorado diversas intervenciones para mitigar el impacto negativo del encarcelamiento en la salud mental de las personas privadas de su libertad. Una de las estrategias que ha ganado popularidad en los últimos años es el Mindfulness P atención plena (Davies et al., 2021). Debido a que algunas investigaciones sugieren que las personas que son “más conscientes” evalúan las situaciones como menos estresantes y es más probable que apliquen estrategias de afrontamiento adaptativas, surge el interés de analizar una intervención basada en Mindfulness. Según Martín-Asuero y García-Banda (2010), después del entrenamiento en Mindfulness, los participantes informaron que sus vidas eran menos estresantes e indicaron mejoras en su capacidad para lidiar con el estrés. Además, señalaron que el entrenamiento alentaba a las personas privadas de su libertad a expresar sus sentimientos, asumir responsabilidades y comunicar sus necesidades sin enojo.

El Mindfulness, en su esencia, se define como la capacidad de prestar atención intencionadamente, sin emitir juicios y en el presente (Kabat-Zinn, 2003). Implica una conciencia plena de la experiencia actual, abarcando tanto los aspectos internos (pensamientos, emociones y sensaciones corporales) como los externos del entorno (Hofman & Gómez, 2017). La práctica busca comprender mejor la mente propia, reducir el estrés, controlar la reactividad emocional y cultivar la claridad mental y el bienestar. En su definición contemporánea, el Mindfulness es la capacidad de mantener la atención en el momento presente, observando con apertura los pensamientos y sensaciones propias sin buscar modificarlos de inmediato, indepen-

dientemente de su naturaleza agradable, neutra o desagradable (Bishop et al., 2004). Asimismo, las investigaciones han demostrado que las intervenciones de Mindfulness mejoran el bienestar emocional y fomentan la conciencia de cómo las personas se relacionan con sus propios pensamientos, considerándolos meros fenómenos cognitivos que surgen y desaparecen constantemente (Kabat-Zinn et al., 1985).

El Mindfulness es un proceso en el que se regula la atención, la conciencia se centra en la experiencia de cada momento y se adopta una actitud abierta y de aceptación hacia la experiencia. Esto se logra a través de una serie de técnicas que fomentan la auto-observación sin reacción emocional o juicio (Kang et al., 2013). El uso de la práctica de Mindfulness se ha vuelto cada vez más popular entre la población en reclusión y se ha utilizado como base de una serie de intervenciones de tratamiento, especialmente en relación con aquellos que experimentan estrés.

La implementación del Mindfulness en entornos carcelarios ha mostrado resultados prometedores, ya que han permitido a estas personas desarrollar habilidades de autorregulación emocional y resiliencia, cruciales en un entorno tan desafiante. Según un estudio realizado por Carmo y colaboradores (2022), las personas privadas de su libertad que participaron en un programa de Mindfulness reportaron una disminución en los niveles de estrés y una mejora en el bienestar emocional. Además, el Mindfulness fomenta una mayor conciencia y control sobre los impulsos, lo que puede reducir la incidencia de comportamientos agresivos y conflictivos dentro de la prisión (Bouw et al., 2019). Por lo anteriormente expuesto, el objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica disponible sobre el efecto del Mindfulness sobre el estrés en las personas privadas de su libertad.

Metodología

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se siguieron los lineamientos establecidos por la herramienta PRISMA (Moher et al., 2009), la cual ofrece una guía detallada de los aspectos esenciales que deben incluirse en este tipo de análisis. Dichos elementos abarcan desde la formulación de la pregunta de investigación hasta la

evaluación de la calidad de la evidencia, pasando por la estrategia de búsqueda y la selección de los estudios pertinentes.

En cuanto a la selección de los estudios, se enfocó en aquellos que exploraban las relaciones entre Mindfulness y el estrés en individuos que se encuentran en situación de reclusión. Se consideraron tanto artículos originales como estudios cuantitativos, tanto experimentales como cuasi experimentales, escritos en inglés, español o portugués. Además, se limitó la búsqueda a publicaciones de los últimos cinco años (2018-2023) para garantizar la relevancia y actualidad de los hallazgos.

La estrategia de búsqueda utilizada para identificar estudios incluyó varias bases de datos electrónicas como PubMed, BVS, Ebsco Host, Web of Science y google académico. Se utilizaron descriptores en inglés DeCS y MeSH relacionados con el tema de estudio, como “Mindfulness”, “Prisoners”, “Stress, Physiological” y “Controlled Before-After Studies” junto con sus respectivos sinónimos y operadores boléanos (AND, OR, NOT), adaptados según las especificidades de cada base. Asimismo, se utilizaron descriptores en español como: “atención plena”, “prisioneros”, “estrés” y “estudios controlados antes y después” y finalmente descriptores en portugués como: “Atenção Plena”, Prisioneiros, “Estresse Fisiológico” y “Estudos Controlados Antes e Depois”.

Además, se amplió la búsqueda al incorporar términos relacionados, garantizando su inclusión en el texto completo de los artículos. Se estableció un período de tiempo limitado, desde enero de 2018 hasta septiembre de 2023, considerando publicaciones en inglés, español y portugués. Finalmente, se optó por mostrar exclusivamente los artículos que cumplían con los criterios predefinidos, lo que resultó en la obtención de un total de seis artículos de todas las bases de datos consultadas.

Resultados

La búsqueda inicial arrojó un total de 11,127 artículos al combinar y utilizar palabras clave en diversas bases de datos seleccionadas. La distribución de los resultados obtenidos en cada base de datos fue la siguiente: PubMed (9), BVS (19), EBSCO host Academic Search Complete (0), Web of Science (0) y Google Académico (11,100).

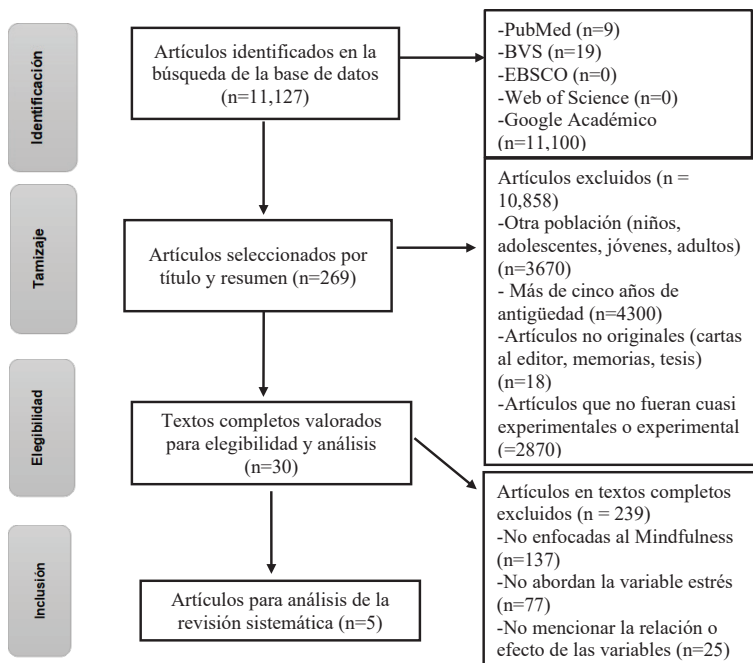
Luego, se procedió a un proceso de selección de estudios mediante un cribado, donde se excluyeron aquellos que correspondían a una población diferente, tenían más de cinco años de antigüedad o no eran artículos originales. Como resultado, se descartaron un total de 10,858 artículos, dejando 269 artículos seleccionados basados en el título y resumen.

Posteriormente, se eligieron 30 artículos para un análisis más detallado, los cuales fueron evaluados según criterios de elegibilidad. Se excluyeron aquellos que no se centraban en el Mindfulness, no abordaban la variable de estrés o no mencionaban la relación o efecto entre estas variables. Como resultado, se descartaron 239 artículos, lo que resultó en un total de 5 artículos incluidos en la revisión que cumplían con todos los criterios establecidos para su análisis (ver figura 1).

En cuanto a los datos sociodemográficos de los participantes incluidos en los estudios seleccionados, se observaron muestras de diverso tamaño, con un rango que varió entre 44 y 60 individuos en los grupos de intervención y comparación. Las edades de los participantes oscilaron entre 21 y 60 años, con una media que se situó entre los 40 y los 42.86 años. Respecto a la distribución por género, se identificó una predominancia masculina, mayoritariamente solteros, aunque también se registró una minoría casada o en pareja. En cuanto a la escolaridad, la mayoría de los participantes tenía menos de nueve años de educación formal. En relación con la naturaleza de los delitos, se destacaron el asesinato, homicidio involuntario y delitos sexuales como los más comunes entre los sujetos estudiados.

Figura 1

Diagrama de flujo de la selección de estudios



Fuente: Elaboración propia, según el modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)

En la tabla 1, se presenta una recopilación de varios estudios sobre el efecto del Mindfulness en la reducción del estrés. Se destacó un efecto positivo significativo, respaldado por un análisis de la traza de Pillai ($F = 19.177, p < 0.001$). Sin embargo, no se proporcionó información sobre el tamaño del efecto en este estudio. Por otro lado, también observaron un efecto positivo significativo, respaldado por un análisis t de Student ($t(18) = 4.16, p < 0.001$), con un tamaño de efecto considerable según el valor de d de Cohen ($d = 0.82$). Asimismo, reportaron resultados similares, con $p < 0.05$ respectivamente, aunque sin detallar el tamaño del efecto. Finalmente, también encontraron un efecto significativo ($\beta = 2.20, p < 0.001$), sin embargo, no proporcionaron información adicional sobre el tamaño del efecto. Estos resultados sugieren consistentemente que el

Mindfulness puede tener un impacto positivo en la reducción del estrés, con algunos estudios indicando un efecto de tamaño medio a grande.

Tabla 1
Efecto del Mindfulness sobre el estrés

Autor		Efecto del Mindfulness sobre el estrés	Varianza explicada
Davies y colaboradores (2021)	+	F=19,177, p<0.001	NR
Carmo y colaboradores (2022)	+	U = 152,50, p = <0,05) tamaño del efecto pequeño (d =.25).	NR
Bouw y colaboradores. (2019)	+	t (18) = 4,16, p = <0,001 d de Cohen = .82.	NR
Gallego y colaboradores (2023)	+	X ² =8.793, p=<0,05	NR
Riley y colaboradores (2019)	+	β = 2,20, p<0,001	NR

Nota: Efecto: +=Efecto positivo; -=Efecto Negativo F= la traza de Pillai; NR= No reporta; β = Beta; X²= chi cuadrado; t=t student

Al revisar los resultados, se observa que la duración de las intervenciones de Mindfulness varió entre los estudios. El número de sesiones implementadas osciló entre 8 y 18 sesiones. La duración total de cada intervención se extendió desde los 5 meses hasta los 12 meses. Es importante destacar que ninguno de los estudios incluidos reportó un seguimiento posterior a la intervención. Esto sugiere que la durabilidad de los efectos del Mindfulness a largo plazo no fue evaluada en ninguno de los casos. En términos del tipo de estudio, todos los incluidos fueron de tipo cuasi experimental, lo que refleja la complejidad de llevar a cabo investigaciones controladas en entornos penitenciarios (Ver tabla 2).

Tabla 2
Intervención de Mindfulness sobre el Estrés

Autor, año y lugar	Objetivo	Población	Instrumentos	Numero de sesiones, duración	Seguimiento	Tipo de estudio
Davies et al., 2021 Reino Unido	Evaluar el impacto de la atención plena en prisioneros y en entornos no privativos de libertad.	60 participantes Grupo de intervención: 32 participantes Grupo comparación: 28 participantes	-Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ) -Escala revisada de atención plena cognitiva y afectiva (CAMS-R) -Escala de Estrés Percibido (PSS) -Inventario de Provocación -Inventario de Agotamiento de Oldenburg -Cuestionario de salud del paciente-4	8 sesiones 120 minutos 10 meses	No	CE
Carmo et al., 2022 Portugal	Verificar la eficacia de un programa Mindfulness para disminuir los síntomas depresivos, la ansiedad, el estrés, los efectos negativos y aumentar los afectos positivos, la autoestima y el estado y la capacidad de atención plena en los reclusos.	44 participantes Grupo de intervención: 22 participantes Grupo comparación: 22 participantes	-Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) -Programa de afecto positivo y negativo (PANAS) -Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) -Cuestionario de atención plena de cinco facetas FFMQ -Inventario de Mindfulness de Friburgo (FMI)	18 sesiones 90 minutos 5 meses	No	CE

Autor, año y lugar	Objetivo	Población	Instrumentos	Número de sesiones, duración	Seguimiento	Tipo de estudio
Bouw et al., 2019 Holanda	Viabilidad y eficacia de la intervención de mindfulness en un contexto penitenciario	50 participantes Grupo de intervención: 25 participantes Grupo comparación: 25 participantes	-Cuestionario de Agresión (AQ) -Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) -Escala de Impulsividad de Barratt (BIS)	8 sesiones 90 minutos 12 meses	No	CE
Gallego et al., 2023 España	Comparar el efecto de la intervención sobre la ansiedad, la depresión y el estrés en un grupo de internos pertenecientes al Programa Marco de Atención Integral al Enfermo Mental Penitenciario (PIAMI).	46 participantes Grupo de intervención: 23 participantes Grupo comparación: 23 participantes	-La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)	11 sesiones 60 minutos 6 meses	No	CE
Riley et al., 2019 Australia	Evaluar la efectividad inicial de un programa grupal basado en Mindfulness y la aceptación en un estudio piloto pragmático no controlado de un grupo heterogéneo de mujeres encarceladas con una variedad de problemas de salud mental.	59 participantes Grupo de intervención: 30 participantes Grupo comparación: 29 participantes	-Cuestionario de Aceptación y Acción-II, -La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés -Mindfulness Attention Awareness Scale -Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)	10 sesiones 90 minutos 6 meses	No	CE

Nota: CE=Cuasi experimental Fuente: elaboración propia.

Discusión

Este estudio proporciona un análisis sobre la integración de la evidencia empírica de la integración del Mindfulness y el estrés. Después de llevar a cabo la búsqueda en diversas bases de datos, como PubMed, BVS, EBSCO host Academic Search Complete, Web of Science y Google Académico, y aplicar los criterios de selección establecidos, se identificó un total de 5 artículos científicos adecuados para esta revisión. Al analizar la cantidad de artículos encontrados, se observa una escasez de evidencia en relación con el tema en el grupo etario de interés (personas privadas de la libertad) durante el período comprendido entre 2018 y 2023, en contraste con artículos que abordan estas variables en otros grupos de población.

Al analizar la cantidad de publicaciones, se encontraron cinco artículos de relevancia en diversas ubicaciones geográficas, lo que refleja una distribución internacional variada. Estos estudios abordan la intervención de Mindfulness y el estrés en personas privadas de su libertad, provenientes de países como el Reino Unido, España, Portugal, Holanda y Australia.

En la revisión de los estudios sobre el efecto del Mindfulness en la reducción del estrés, se observa una tendencia positiva significativa en los resultados, respaldada por diversos análisis estadísticos. Los estudios analizados muestran un efecto positivo del Mindfulness en la disminución del estrés, evidenciado por resultados estadísticamente significativos en la mayoría de los casos. Sin embargo, el tamaño del efecto varía considerablemente entre los estudios. Mientras que el estudio de Bouw y colaboradores (2019) reporta un tamaño de efecto grande ($d = 0.82$), lo que indica una eficacia considerable del Mindfulness, Carmo y colaboradores (2022) encuentran un tamaño de efecto pequeño ($d = 0.25$), sugiriendo una reducción menor en el estrés. La falta de información sobre el tamaño del efecto en varios estudios limita la capacidad de comparar la magnitud del impacto de manera integral. Además, la ausencia de datos sobre la varianza explicada en los estudios revisados impide una comprensión completa de cuánto del estrés puede ser atribuido al Mindfulness en comparación con otros factores.

A pesar de estas limitaciones, la consistencia en los efectos positivos encontrados en los estudios revisados refuerza el efecto del Mindfulness como intervención para la reducción del estrés, subra-

yando la necesidad de futuras investigaciones que proporcionen datos más detallados sobre el tamaño del efecto y la varianza explicada para una evaluación más precisa de su impacto.

Es importante resaltar, que la práctica de Mindfulness fomenta la atención plena en el presente y ayuda a las personas privadas de su libertad a gestionar mejor sus reacciones emocionales ante situaciones estresantes. Las participantes en estos estudios reportaron una disminución significativa en sus niveles de estrés, atribuida a la capacidad del Mindfulness para reducir la reactividad emocional y promover una respuesta más adaptativa a los desafíos del entorno carcelario. En esencia, se observa que las personas que exhiben un nivel más elevado de conciencia plena muestran una serie de características que apuntan hacia una mayor habilidad para enfrentar los desafíos emocionales y situacionales de la vida. (Arroyo & Ortega, 2009). Este nivel superior de conciencia plena se vincula estrechamente con una capacidad más sólida para regular las emociones, lo que implica una mayor habilidad para reconocer, aceptar y gestionar eficazmente una gama más amplia de estados emocionales, desde la felicidad hasta el malestar (Kang et al., 2013).

Además, estas personas tienden a ser más conscientes de sus propias emociones, lo que les permite abordarlas de manera proactiva y constructiva. Esta autoconciencia emocional les brinda una ventaja en la resolución de problemas, ya que están mejor equipados para identificar las causas subyacentes de sus emociones y tomar decisiones informadas en consecuencia. Asimismo, esta mayor conciencia emocional fomenta una comprensión más profunda de las necesidades propias y de los demás, lo que fortalece las relaciones interpersonales y contribuye a un mayor sentido de conexión y apoyo social (Creswell, 2017).

Además, se observa que los individuos con un alto nivel de conciencia plena tienden a manejar las situaciones de manera más efectiva, adoptando una perspectiva más equilibrada y compasiva. Esta habilidad para mantener la calma y la claridad mental en momentos de estrés o adversidad les permite afrontar los desafíos con mayor resiliencia y adaptabilidad, lo que a su vez reduce la percepción de las situaciones como estresantes o abrumadoras (Ladenbauer & Singer, 2022).

Conclusiones

Tras revisar detenidamente la evidencia empírica disponible hasta el momento, se destaca la relevancia de la intervención de Mindfulness como herramienta efectiva en la gestión del estrés entre las personas privadas de su libertad. Esta conclusión es crucial en un contexto donde el estrés y sus repercusiones negativas en el bienestar físico y mental son prominentes. La capacidad de regular las emociones, promovida por la práctica del Mindfulness, no solo mejora la calidad de vida, sino que también tiene un impacto positivo en su entorno social, al reducir el estrés, la ansiedad y depresión.

Aunque la evidencia disponible respalda en gran medida la efectividad de los programas de Mindfulness en este contexto, es importante reconocer las limitaciones actuales de la investigación. La mayoría de los estudios son de naturaleza cuasi experimental y carecen de un seguimiento a largo plazo, lo que podría limitar la comprensión completa de los beneficios a largo plazo de estas intervenciones. Por lo tanto, se hace necesario fomentar la realización de estudios longitudinales para evaluar los efectos a largo plazo del Mindfulness en la reducción del estrés y la mejora del bienestar mental. Estos estudios permitirán observar la durabilidad de los efectos y los cambios sostenidos en las participantes a lo largo del tiempo.

Además, es fundamental incluir una muestra diversa de participantes en términos de edad, género, tipo de delito y tiempo de condena. Esto asegurará que los resultados sean generalizables a una amplia población carcelaria, lo que permitirá diseñar intervenciones más inclusivas y efectivas. Asimismo, utilizar un enfoque de métodos mixtos que combine datos cuantitativos (como cuestionarios de estrés, bienestar) y cualitativos (como entrevistas a profundidad) proporcionará una comprensión más rica y matizada de los efectos del Mindfulness. Este enfoque facilitará la identificación de las dinámicas subyacentes que contribuyen a los cambios observados en las participantes.

Finalmente, para la disciplina de enfermería, es crucial capacitar al personal en técnicas de Mindfulness, basándose en los resultados positivos evidenciados. Esta formación permitirá guiar y aplicar estas técnicas con las personas privadas de su libertad. El entrenamiento debe incluir la práctica de meditación, respiración cons-

ciente y técnicas de relajación. Además, es esencial que el personal comprenda los principios teóricos del Mindfulness para adaptar las técnicas a las necesidades de cada persona en reclusión.

Referencias

- Antoni, M.H. & Dhabhar, F.S. (2015). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125 (9), 1417- 1431. <https://doi.org/10.1002/cncr.31943>
- Arroyo, J.M. & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Rev Esp Sanid Penit*, 11 (1), 11–15. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000100002
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: una definición operativa propuesta. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Bouw, N., Huijbregts, S.C.J., Scholte, E. & Swaab, H. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction in Prison: Experiences of Inmates, Instructors, and Prison Staff. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 63(15-16):2550-2571. <https://doi.org/10.1177/0306624X19856232>
- Carmo, C., Iacob, V., Brás, M. & Fernandes, J. (2022). Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Male Portuguese Prisoners. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. <https://doi.org/10.1177/0306624X221106333>
- Creswell, J.D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol*, 68, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Davies, J., Ugwudike, P., Young, H., Hurrell, C. & Raynor, P. (2021). A Pragmatic Study of the Impact of a Brief Mindfulness Intervention on Prisoners and Staff in a Category B Prison and Men Subject to Community-Based Probation Supervision. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 65:(1). <https://doi.org/10.1177/0306624X20944664>

- Davis, J., Ugwuodike, P., Young, H., Hurrell, C. & Raynor, P. (2021). A Pragmatic Study of the Impact of a Brief Mindfulness Intervention on Prisoners and Staff in a Category B Prison and Men Subject to Community-Based Probation Supervision. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 65(1), 136-156. <https://doi.org/10.1177/0306624X20944664>
- Dehghan, M., Jazinizade, M., Malakoutikhah, A., Madadimahani, A., Iranmanesh, M.H., Oghabian, S., Mohammadshahi, F., Janfaza, F. & Zakeri, M.A. (2020). Stress and Quality of Life of Patients with Cancer: The Mediating Role of Mindfulness. *Journal of oncology*. <https://doi.org/10.1155/2020/3289521>
- Dolińska-Zygmunt, G. & Mokrzyńska, K. (2013). Personal quality of life factors among imprisoned repeat offenders. *Polish Journal of Applied Psychology*, 11, 109-122. [http://www.pjap.psychologia.uni.wroc.pl/sites/default/files/PJP_11_\(4\)_13_109-122.pdf](http://www.pjap.psychologia.uni.wroc.pl/sites/default/files/PJP_11_(4)_13_109-122.pdf)
- Echeverri-Vera, J.A. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando psicología*, 6 (11), 157-166. bit.ly/49iMn5L
- Gallego, J., Cangas, A.J., Mañas, I., Aguilar-Parra, J.M., Langer, A.I, Navarro, N. & Lirola, M.J. (2023). Effects of a Mindfulness and Physical Activity Programme on Anxiety, Depression and Stress Levels in People with Mental Health Problems in a Prison: A Controlled Study. *Healthcare (Basel)*, 11(4):555. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040555>
- Hofmann, S.G. & Gómez, A.F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*, 8(2), 163-90. <https://doi.org/10.1007/BF00845519>
- Kang, Y., Gruber, J. & Gray, J.R. (2013). Mindfulness and De-Automatization. *Emotion Review*, 5(2), 192-201. <https://doi.org/10.1177/1754073912451629>

- Ladenbauer, S. & Singer, J. (2022). Can Mindfulness-Based Stress Reduction Influence the Quality of Life, Anxiety, and Depression of Women Diagnosed with Breast Cancer? -A Review. *Current oncology*, 29(10), 7779–7793. <https://doi.org/10.3390/curroncol29100615>
- Martín-Asuero, A. & García-Banda, G. (2010). The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J Psychol*, 13(2), 897–905. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002547>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G. (2009). PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Porter, L.C., Kozlowski-Serra, M. & Lee, H. (2021). Proliferation or adaptation? Differences across race and sex in the relationship between time served in prison and mental health symptoms. *Soc Sci Med*, 276. <https://10.1016/j.socscimed.2021.113815>
- Riley, B.J., Smith, D. & Baigent, M.F. (2019). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy: An Uncontrolled Pragmatic Pre-Post Pilot Study in a Heterogeneous Population of Female Prisoners. *Waste Management & Research*, 63(15–16), 354–365. <https://doi.org/10.1177/0734242X0101900412>
- Romero-Lara, P.R., Guillén-Riquelme, A. & Quevedo-Blasco, R. (2020). Perfil psicosocial, factores de riesgo y reinserción en reclusas adultas: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 52:193-217. <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.20>
- Silverman, M. & Vega, M. (1990). Reactions of prisoners to stress as a function of personality and demographic variables. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, (3), 187–196. <https://doi.org/10.1177/0306624X9003400303>
- Steyn, F. & Hall, B. (2015). Depression, Anxiety and Stress Among Incarcerated Female Offenders. *Acta Criminologica: Southern African Journal of Criminology*, 1 (spe): 82-100. https://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/50936/Steyn_Depression_2015.pdf?sequence=1
- United Nations Office on Drugs and Crime. *Women and drugs, drug use, drug supply and their consequences*. Disponible en https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf.

CAPÍTULO 15

MÉTODOS DE MEDICIÓN DE TENOFOVIR PARA PREDECIR ADHERENCIA A PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN ADULTOS JÓVENES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

***ALFONSO CÁRDENAS-VARGAS**

Maestro en Ciencias de Enfermería

Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería

Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato, México

Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto

Mexicano del Seguro Social

e-mail: a.cardenasvargas@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6963-4317>

JACQUELINE AIMEE GONZÁLEZ-BARRIENTOS

Estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato,

Guanajuato, Guanajuato, México

e-mail: jacquelineaimeegonzalezbarrientos@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-2590-3518>

CECILIA SÁNCHEZ OLVERA

Estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato,

Guanajuato, Guanajuato, México

e-mail: sanchezolveracecilia@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-1761-3153>

CITLALI ITZEL VELÁZQUEZ ALVARADO

Estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato,

Guanajuato, Guanajuato, México

e-mail: ci.velazquezalvarado@ugto.mx

<https://orcid.org/0009-0001-9546-2683>

*Autor de correspondencia

Resumen

Introducción: La adherencia al tratamiento de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) es la piedra angular en la eficacia de la prevención de la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En este sentido la medición objetiva de la adherencia representa un desafío clínico, existen diferentes biomarcadores en el mundo como los niveles de tenofovir en cabello y orina. Esta revisión se realizó siguiendo los lineamientos PRISMA (Page et al., 2020) que establece los pasos esenciales para la elaboración de una revisión sistemática. **Metodología:** Para integrar la estrategia de búsqueda y elaborar esta revisión se eligieron: PubMed, Cochrane Library, EBSCOhost y TRIP Database. Las búsquedas electrónicas se desarrollaron con descriptores mediante el uso de operadores booleanos AND, OR se estableció dicha estrategia de manera estructurada. Para esta revisión utilizaron otros filtros relacionados con la población, antigüedad menor a 10 años, en idiomas inglés, y español, portugués y francés, principalmente estudios: revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos. **Resultados:** De 2,847 registros identificados, se incluyeron 50 estudios que cumplieron criterios de elegibilidad. para análisis y síntesis de datos mediante el sistema GRADE. Las pruebas de tenofovir en orina demostraron sensibilidad del 87-92% para detectar adherencia reciente (últimas 48-72 horas), mientras que las concentraciones en cabello reflejaron adherencia acumulativa con correlación significativa con niveles de protección. Los estudios de punto de atención con tenofovir urinario mostraron mejoramiento en adherencia (diferencia de medias: 15-22%) comparado con auto-reporte. **Conclusiones:** De acuerdo con la revisión sistemática realizada el tenofovir en orina predice la adherencia reciente con mayor precisión en términos de sensibilidad de 99% y especificidad 94%, comparado con las concentraciones en cabello donde se encontró una correlación de 0.73-0.78, sin embargo las mediciones en cabello son mejores para evaluar adherencia acumulada a largo plazo. Los estudios analizados principalmente incluyen jóvenes y hombres que tiene sexo con hombres. Ensayos que realizaron la medición de concentraciones en orina indican que un umbral de 1000 y 1500 ng/mL distingue una ingesta eficaz de las últimas 24 a 48 horas ya sea mediante métodos como cromatografía de alta resolución o pruebas rápidas.

En resumen, las mediciones de niveles de tenofovir en orina predicen con alta precisión la ingesta de PrEP reciente, y el análisis en cabello proporciona información sobre la adherencia acumulada; la elección depende de si se requiere evaluar la adherencia puntual o prolongada en adultos jóvenes.

Palabras clave: Profilaxis Pre-Exposición; Tenofovir; Cabello; Orina; Adulto joven.

Introducción

La profilaxis pre-exposición con tenofovir disoproxil fumarato/emtricitabina (TDF/FTC) ha demostrado tener una alta eficacia para prevenir la transmisión del VIH si y solo si cuando se mantiene una adherencia perfecta. Los adultos jóvenes actualmente representan una población vulnerable con tasas elevadas de nuevas infecciones por VIH y desafíos particulares en la adherencia al tratamiento.

Desde la experiencia clínica de más de dos décadas en el Hospital Civil de Guadalajara y 15 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social, además del trabajo comunitario iniciado durante mi etapa de pasante en servicio social en los albergues del Mesón de la Misericordia Divina en la ciudad de Guadalajara Jalisco, los albergues comunitarios en la selva amazónica de Iquitos en Perú hemos observado que la falta de métodos objetivos y accesibles para monitorear la adherencia representa una barrera significativa en la efectividad de la PrEP.

Cabe señalar que los métodos actualmente disponibles relacionados con la autogestión tienden a sobreestimar la adherencia, por el contrario el uso de biomarcadores ofrece mediciones objetivas. En este sentido las mediciones de niveles de tenofovir en diferentes matrices biológicas como lo son el plasma, células mononucleares de sangre periférica, cabello y orina disponibles actualmente proporcionan información sobre diferentes ventanas temporales de adherencia al PrEP. En cambio ensayos como el realizado por Martinson et al. (2024) que emplearon mediciones de tenofovir en orina reportan valores predictivos positivos y negativos del 98% y 100%, respectivamente. Asimismo, estudios como el de Drain et al. (2020) reportan una sensibilidad de 99% y especificidad de 94%.

Este trabajo se realizó con el objetivo de comparar la precisión predictiva de la medición de tenofovir en orina o concentraciones en cabello para determinar la adherencia al tratamiento de PrEP en adultos jóvenes.

Metodología

Esta revisión sistemática se realizó siguiendo los lineamientos descritos en PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). El protocolo fue desarrollado a priori especificando criterios de elegibilidad, estrategias de búsqueda, proceso de selección y métodos de evaluación de calidad. Se utilizaron los elementos de la Pregunta PICO. P (Población): Adultos jóvenes (18-35 años) que utilizan PrEP. I (Intervención): Medición de tenofovir en orina. C (Comparador): Medición de concentraciones de tenofovir en cabello. O (Outcomes/Resultado): Precisión predictiva de adherencia al tratamiento de PrEP.

Criterios de inclusión: ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes prospectivos, estudios observacionales analíticos, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Participantes: adultos jóvenes (18 a 35 años), usuarios de PrEP con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) o tenofovir alafenamida (TAF), cualquier grupo de riesgo para VIH.

Intervenciones: medición de tenofovir en orina ya sea cualitativa o cuantitativa, medición de tenofovir en cabello, comparación directa entre ambos métodos o estudios que evalúen uno de los métodos.

Desenlaces: cualquier definición de adherencia al tratamiento, sensibilidad y especificidad para detectar adherencia, aceptabilidad y factibilidad.

Otros criterios: publicados entre 2015 y 2025.

Idiomas: inglés, español, portugués y francés.

Criterios de exclusión: estudios realizados en poblaciones pediátricas (menores de 18 años) o adultos (mayores de 35 años). Estudios con PrEP distintos a tenofovir, estudios que incluyan personas positivas a VIH o en tratamiento antirretroviral, estudios no realizados en humanos.

Fuentes de información y estrategias de búsqueda: acorde con el manual metodológico CENETEC se trabajó en las cuatro etapas. En la primera para la recolección de estudios y fase de identificación durante los meses de agosto a noviembre del 2025 se realizó la búsqueda en Pubmed/MEDLINE; Scopus, Web of Science; Cochrane Library (CENTRAL Database of Systematic Reviews) con cinco palabras clave; (Profilaxis Pre-Exposición; Tenofovir; Cabello; Orina; Adulto joven), en cuatro idiomas de acuerdo a las características de cada base. Inicialmente se preparó una estrategia de búsqueda estructurada acorde a los elementos de la pregunta PICO, definidos como DeCS/MeSH, con la intención de identificar los estudios más relevantes que nos permitieran determinar qué método de medición de tenofovir (orina versus cabello) predice con mayor precisión la adherencia al tratamiento de PrEP en adultos jóvenes. La primera ecuación de búsqueda realizó con las instrucciones para Pubmed, enseguida se adaptó para Scopus y Web of Science, posterior a una adaptación específica de búsqueda para Cochrane principalmente la estrategia inicial cubriría esas cinco bases de datos aunque posteriormente se incluyeron artículos encontrados en EBSCOhost (CINAHL, Academic Search Complete) y TRIP Database.

Estrategia de búsqueda en Pubmed: Pre-Exposure Prophylaxis [Titulo/resumen] AND Prophylaxis (PrEP) [MeSH] OR Pre-Exposure [MeSH] Prophylaxis (PrEP) [MeSH] OR Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) [MeSH] OR Prophylaxis, Pre-Exposure [MeSH] OR Prophylaxis, Pre-Exposure (PrEP) [MeSH] OR Prophylaxis, Pre-Exposure [MeSH] OR Pre-Exposure (PrEP) [MeSH] AND (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine [Titulo/resumen] AND 9-(2-Phosphonomethoxypropyl) adenine [MeSH] OR 9-(2-Phosphonylmethoxypropyl) adenine [MeSH] OR 9-(2-Phosphonylmethoxypropyl)adenine, (+-)-isomer [MeSH] OR 9-(2 Phosphonylmethoxypropyl)adenine, (R)-isomer - T357098 [MeSH] OR 9-(2 Phosphonylmethoxypropyl)adenine, (S)-isomer [MeSH] OR 9-PMPA (tenofovir) [MeSH] OR Disoproxil Fumarate, Tenofovir [MeSH] OR Disoproxil, Tenofovir [MeSH] OR Fumarate, Tenofovir Disoproxil [MeSH] OR Tenofovir Disoproxil [MeSH] OR Tenofovir Disoproxil Fumarate AND Urine [MeSH] AND Fetal Hair [Titulo/resumen] AND Fetal Hairs [MeSH] OR Hair, Fetal [MeSH] OR Hairs [MeSH] OR Hairs, Fetal [MeSH] OR Lanugo AND Treatment Adherence and Compliance [Titulo/

resumen] AND Adherence, Therapeutic [MeSH] OR Adherence, Treatment [MeSH] OR Therapeutic Adherence [MeSH] OR Therapeutic Adherence and Compliance [MeSH] OR Treatment Adherence AND Young Adult [Titulo/resumen] AND Adults, Young [MeSH] OR Young Adults [MeSH].

Estrategia de búsqueda en SCOPUS: (Title-Abs-Key (young adult) OR Key (Adulto joven) And Title-Abs-Key (Pre-Exposure Prophylaxis) OR Key (PrEP) OR Key (Profilaxis Pre-exposicion) AND KEY(Urine) OR Key (orina) OR Key (hair sample) OR Key (análisis de cabello) AND Key (tenofovir)).

Estrategia de búsqueda para Web of Science: (Tenofovir AND Adherence) = (((“pre-exposure prophylaxis” OR “HIV pre-exposure prophylaxis” OR “PrEP” OR “pre exposure prophylaxis”) AND (“Tenofovir” OR “TDF” OR “tenofovir disoproxil fumarate” OR “TAF” OR “tenofovir alafenamide”) AND (“urine” OR “urinary” OR “urine test” OR “point-of-care” OR “POC test”) OR (“hair” OR “hair sample” OR “hair concentration”)) AND (“adherence” OR “compliance” OR “medication adherence” OR “treatment adherence” OR “persistence”) AND (“young adult” OR “young adults” OR “adolescent” OR “youth”))) AND (Article OR Review) = (2015-2025) AND Idioma = (inglés, español) y (artículo, revisión) = (artículo, revisión, ensayo clínico).

Estrategia de búsqueda en Cochrane Library: inicialmente se estableció la siguiente ecuación (“Pre-Exposure Prophylaxis” OR “PrEP” OR “HIV Preexposure Prophylaxis”): Title-Abs-Key AND (“Tenofovir” OR “Tenofovir Disoproxil Fumarate” OR “TDF” OR “Emtricitabine-Tenofovir”): Title-Abs-Key AND (“Hair” OR “Hair Concentration” OR “Hair Level*” OR “Hair Sample*” OR “Hair Biomarker*”): Title-Abs-Key AND (“Treatment Adherence and Compliance” OR “Medication Adherence” OR “Therapeutic Adherence” OR “Compliance” OR “Persistence”): Title-Abs-Key AND (“Young Adult” OR “Youth” OR “Adolescent*” OR “Young People” OR “Young Men” OR “Young Women”): Title-Abs-Key Con año de publicación entre 2015 y 2025, en revisiones Cochrane, ensayos y respuestas clínicos.

En todos los casos se aplicaron estrategias de refinamiento con la intención de incluir la mejor evidencia disponible, solo revisar estudios en humanos y no mayores a diez años. De 2,847 registros identificados, se incluyeron 50 estudios que cumplieron criterios

de elegibilidad. para análisis y síntesis de datos mediante el sistema GRADE (Guyatt ed. al. 2008).

Selección de estudios: Este proceso se realizó en dos fases: la primera relacionada con cribado de título y resumen: dicha fase se realizó por dos revisores del equipo de investigación los cuales examinaros todos los registros identificados, eliminaron estudios duplicados

La segunda relacionada con la evaluación de texto completo: dos revisores evaluaron independientemente el texto completo de los estudios considerados potencialmente elegible. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión con un tercer revisor.

El proceso de selección de artículos incluidos se documentó en diagrama de flujo PRISMA con las especificaciones correspondientes y razón de exclusión.

Extracción de datos: Se diseño de manera estandarizada la extracción de datos con un formulario que incluyó principalmente; las características del estudio, las características de los participantes, características de la intervención y desenlaces. Con respecto a las fuentes de financiamiento y conflicto de interés, dos revisores extrajeron independientemente los datos, cada discrepancia se resolvió mediante consenso del grupo de investigación.

Evaluación de la calidad y riesgo de sesgo: Se evaluó mediante herramientas específicas según cada diseño de estudio con la intención de atender la calidad metodológica y riesgo de sesgo. Al igual que la extracción el proceso de evaluación fue realizado de manera independiente por dos revisores que formaban parte del grupo de investigación. La calidad general de la evidencia se calificó mediante sistema GRADE.

Síntesis de datos y análisis: Se realizó una síntesis cualitativa, con narración de los 50 estudios incluidos organizando cada hallazgo por tipo de medición, población objetivo y desenlaces evaluados, así como síntesis cuantitativa principalmente con sensibilidad y especificidad, diferencias en tasas de adherencia y correlaciones con niveles de protección, además se utilizaron estadísticos para de evaluar la heterogeneidad.

Evaluación de certeza de la evidencia GRADE: Se considero el riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación. En este sentido la calidad se clasificó como: alta, moderada, baja o muy baja.

Análisis de subgrupos y sensibilidad: Se planificaron diferentes análisis por subgrupos acorde a tipo de población, tipo de PrEP, tipo de análisis urinario, y condiciones geográficas.

Resultados y discusión

Selección de estudios

En el proceso de identificación mediante las búsquedas sistematizadas se identificaron 53070 resultados: Pubmed: 25110, Scopus 14240: Web of Science:8690, Cochrane Library: 3430 posteriormente se agregaron resultados procedentes de EBSCOhost 956 y de TRIP Database 654. Después de filtrar a 10 años, eliminar registros duplicados se seleccionaron 2456 de los cuales solo se examinaron 405 por tener la palabra PrEP con tenofovir en el título, posterior a revisar resumen se eliminaron 161 más y solamente se evaluaron para elegibilidad 244 resultados de los cuales al final se incluyeron 50 resultados por mostrar relación con el objetivo y criterios propuestos en la revisión.

Con respecto a las características de los estudios todos se publicaron entre 2017 y 2025, con una participación de 19,237 usuario de PrEP. El 25% ensayos clínicos aleatorizados, el 45% estudios de cohortes prospectivos, 30% revisiones sistemáticas. Distribución geográfica: África subsahariana 16 estudios (32%) América del Norte (Estados Unidos): 14 estudios (28%) América Latina (México, Perú y Brasil): 10 estudios (20%) Asia: 5 estudios (10%) Europa 5 estudios (10%)

El rango de edad de los participantes oscila entre 22 y 29 años. Estudios exclusivamente en adultos jóvenes (18-35 años): 32 (64%). Estudios con amplio rango etario incluyendo adultos jóvenes: 18 (36%). Población: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): 24 estudios (48%). Mujeres jóvenes: 15 estudios (30%). Trabajadores sexuales: 6 estudios (12%). Mujeres embarazadas: 2 estudios (4%). Población transgénero: 3 estudios (6%). Tenofovir disoproxilo fumarato (TDF) y emtricitabina (FTC) con 42 estudios TDF/FTC (84%). Tenofovir alafenamida (TAF) y emtricitabina (FTC) 6 estudios TAF/FT (12%). Ambos regímenes: 2 estudios (4%).

Métodos de medición evaluados: Tenofovir en orina: Estudios evaluando detección en orina: 38 (76%). Pruebas de punto de atención (POC): 24 (48%). Análisis cuantitativo en laboratorio: 14 (28%). Tenofovir en cabello: Estudios evaluando concentraciones en cabello: 18 (36%). Análisis mediante LC-MS/MS: 18 (100% de estudios de cabello). Se incluyeron 38 estudios que evaluando detección de tenofovir en orina y 18 evaluando concentraciones de tenofovir en cabello. Solo el 12% es decir 6 estudios comparaban concentraciones en orina versus concentraciones en cabello.

El estudio INSIGHT Cohort en África, destaca que el monitoreo combinado de ambos biomarcadores en mujeres jóvenes evidencio ciertos patrones específicos que incluyen 62% de adherencia en ambos métodos, poco más del 20% de discordancia es decir orina positiva y cabello bajo. 12% de adherencia baja en ambos métodos y 5% de discordancia es decir orina negativa y cabello adecuado. (Murembe et al., 2024).

El estudio TARGET que compara tenofovir en sangre, plasma y orina mostro que las concentraciones urinarias tienen cinética más rápida y la capacidad de detectar cambios en adherencia dentro de 48 horas, por tanto los niveles en sangre seca reflejan exposición de 4-6 semanas, muy parecido al cabello, (Cressey et al. 2017) Además se estableció que concentraciones urinarias de tenofovir $\geq 1,000$ ng/mL detectan adherencia reciente con sensibilidad del 91% y especificidad del 88%.

Un estudio en Kenya demostró que la prueba de tenofovir urinario detectó baja adherencia en 32% de mujeres que reportaron adherencia óptima, revelando sobre-reporte sistemático. Los ensayos que implementaron retroalimentación inmediata con resultados de pruebas de tenofovir urinario mostraron mejoramiento significativo en adherencia comparado con atención estándar.

Un ensayo aleatorizado en Kenya, las mujeres en el grupo de intervención con pruebas urinarias y consejería mostraron incremento del 22% en adherencia comparado con 6% en el grupo control (diferencia ajustada: 16%, IC 95%: 8-24%, $p < 0.001$). (Gandhi et al., 2024).

Entre hombres que tienen sexo con hombres en Estados Unidos, la implementación de pruebas POC de tenofovir resultó en mejoramiento de adherencia auto-reportada y reducción en discontinuación de PrEP.

Conclusiones

En 2012, la FDA de EE. UU. aprobó el primer fármaco para la profilaxis preexposición (PrEP) contra el VIH, con una eficacia cercana al 99 % cuando se toma según la prescripción. (GroV, C, et al., 2021)

El fumarato de Disoproxil de tenofovir (TDF) es un fármaco antirretroviral utilizado para el tratamiento y la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Gracias a su capacidad para inhibir la transcriptasa inversa del VIH, el TDF suprime la replicación viral y reduce el riesgo de transmisión.

La Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) con tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC) es una estrategia de prevención del VIH sumamente efectiva, pero su éxito real en la práctica clínica está ineludiblemente ligado a la adherencia constante (Mugwanya et al., 2025). Ante la conocida limitación del autoinforme, la necesidad de biomarcadores objetivos se vuelve crítica, especialmente en la población de adultos jóvenes, donde las tasas de adherencia pueden ser fluctuantes y los desafíos conductuales prominentes (Shapley-Quinn et al., 2024; Vellozo et al., 2025). La presente investigación se enfocó en determinar qué método de medición; en orina o concentraciones en cabello predice con mayor precisión la adherencia al tratamiento PrEP en adultos jóvenes.

La medición de tenofovir (TFV) en orina, en particular a través de las pruebas rápidas (Point-of-Care - POC UTRA), se caracteriza por reflejar la adherencia reciente, generalmente la toma de la dosis en los últimos días (Martinson et al., 2025). Su valor predictivo no se centra en la protección biológica, sino en la predicción del riesgo de interrupción del tratamiento y la necesidad de intervención inmediata.

Un resultado de TFV en orina bajo o negativo se ha asociado con una alta precisión para predecir el abandono futuro de la PrEP en usuarios jóvenes (Martinson et al., 2025). La calidad de la POC UTRA facilita la retroalimentación objetiva y la consejería en tiempo real, un mecanismo que ha demostrado ser eficaz para impulsar una mayor adherencia subsecuente en mujeres y adolescentes jóvenes africanas INSIGHT cohort, 2024. Por lo tanto, si la precisión predictiva se evalúa en función de la oportunidad para el apoyo

conductual y la prevención de la pérdida de seguimiento, el tenofovir en orina es el predictor más preciso. (Murembe et al., 2024)

La profilaxis (PrEP) minimiza el riesgo de infección por VIH, pero varía dependiendo de la adherencia al tratamiento. La limitación de los métodos para medir la adherencia presenta limitaciones en cuanto a la precisión, costos, practicidad y tiempo de aplicación. Este estudio comparó el desempeño de dos métodos implementables en clínicas y estudios de investigación [entrevista y análisis de orina en el punto de atención (POC)] con el método de referencia para medir la adherencia reciente y a largo plazo mediante muestras de sangre seca (DBS). (Mustanski et al., 2023)

La prueba rápida de TFV en orina mostró excelentes valores predictivos de adherencia al tratamiento, y el autoinforme no aportó información significativamente adicional. Esta prueba rápida proporciona resultados en pocos minutos, lo que permite brindar asesoramiento durante la misma consulta; no requiere capacitación especializada y se prevé que sea de bajo costo. (Mustanski, Brian; Ryan, Daniel T. 2023)

La medición de los niveles de TFV en la orina proporciona un indicador fiable de la adherencia en personas que reciben tratamiento con TDF. Por lo tanto, las técnicas precisas, rápidas y sensibles para monitorizar los niveles de TFV son esenciales para un manejo clínico eficaz y la evaluación de la adherencia.

La prueba de ensayo rápido de tenofovir en orina (UTRA) en el punto de atención (POC) permiten el monitoreo en tiempo real de la falta de adherencia dentro de los entornos clínicos. (Martinson, Tyler)

Por otro lado, el análisis de concentraciones de TFV en cabello ofrece un perfil de la exposición acumulada y crónica, capturando la adherencia durante semanas o meses. Esta ventana de medición a largo plazo lo convierte en el predictor superior de la protección biológica contra el VIH. La adherencia constante, reflejada en altos niveles de concentración en el cabello, garantiza que se alcancen y mantengan los umbrales farmacocinéticos protectores en los tejidos, umbrales que son esenciales para conferir la eficacia de la PrEP (Mugwanya et al., 2025).

Los modelos de regresión logística analizaron la relación entre el predictor primario de los resultados del ensayo POC en orina (punto de corte 1.500 ng/ml) y el resultado primario de la inte-

rrupción de la PrEP, definido como la ausencia de seguimiento o prescripción de la PrEP en un plazo de 120 días. La prueba UTRA puede ser una herramienta clínica para dirigir las intervenciones preventivas hacia aquellos con más probabilidades de suspender PrEP a pesar de la vulnerabilidad continua al VIH. (Martinson, Tyler)

Por lo tanto, mientras que el TFV en cabello es el mejor predictor de protección, el TFV en orina sigue siendo una herramienta valiosa para el seguimiento y la intervención a corto plazo, especialmente con el desarrollo de pruebas rápidas (Johnson et al., 2023).

A diferencia de la orina, el análisis en cabello es menos susceptible a la manipulación por la toma de dosis de última hora, ofreciendo una medida más fiel de la adherencia crónica. Para adultos jóvenes, donde la fluctuación en la adherencia es común, el cabello proporciona un historial de cumplimiento que ayuda a distinguir entre el uso intermitente y el uso constante. En este sentido, el cabello predice con mayor precisión si el usuario ha alcanzado el nivel de adherencia crítica necesaria para la eficacia de la PrEP.

Los hallazgos del estudio evidencian como son vulnerables los adolescentes y jóvenes a las cuestiones inherentes al tratamiento del VIH/SIDA y que varios son los motivos que pueden influir la no adherencia o desistencia del tratamiento (Piran CMG et al., 2023). En los análisis multivariantes, las asociaciones con el uso actual de PrEP oral incluyeron haber completado la dosis sin embargo a menor consumo adecuado de la PrEP oral mayor el riesgo de contraer VIH/SIDA (Galicia, P et al., 2023)

La PrEP representa una oportunidad para complementar los esfuerzos de salud pública en curso para eliminar el VIH. Sin embargo aun es fundamental la impartición de conocimientos entre sector de salud para que así mismo sea de mejor manera distribuida la información del uso de la PrEP ya que aun en la actualidad hay poblaciones que se tiene de nulo conocimiento sobre este fármaco que ayuda a la prevención de VIH/SIDA. Y es sí que con un consumo vía oral adecuado podemos a través de tenofovir en cabello detectar un consumo adecuado así mismo erradicando estas antes mencionadas enfermedades de transmisión sexual. (Hodges-Mameletzis, et al., 2021)

Referencias

- Barber, T. J., Saunders, J. M., & Barnett, N. (2018). Person-centred care and HIV: Challenges and solutions. *Sexually Transmitted Infections*, 94(8), 582-584. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053569>
- Blumenthal, J., Jain, S., He, F., Amico, K. R., Kofron, R., Ellorin, E., et al. (2021). Results from a pre-exposure prophylaxis demonstration project for at-risk cisgender women in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), 1149-1156. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab328>
- Chawana, T., Nhachi, C., Nathoo, K., Ngaru, B., Okochi, H., Louie, A., et al. (2021). Higher tenofovir concentrations in hair are associated with decreases in viral load and not self-reported adherence in HIV-infected adolescents. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 37(10), 748-750. <https://doi.org/10.1089/aid.2020.0258>
- Chimukuche, R. S., Shandu, L., Zulu, S., Khanyile, P., Singh, N., Gaffoor, Z., et al. (2025). Perception of HIV risk, trust and adherence to PrEP among participants in an HIV prevention trial: A longitudinal qualitative study, South Africa. *BMJ Open*, 15(4), e086742. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086742>
- Cressey, T. R., Siriprakaisil, O., Klinbuayaem, V., Quame-Amaglo, J., Kubiak, R. W., Sukrakanchana, P., et al. (2017). A randomized clinical pharmacokinetic trial of tenofovir in blood, plasma and urine in adults with perfect, moderate and low PrEP adherence: The TARGET study. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 496. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2593-4>
- Cressey, T. R., Siriprakaisil, O., Kubiak, R. W., Klinbuayaem, V., Sukrakanchana, P., Quame-Amaglo, J., et al. (2020). Plasma pharmacokinetics and urinary excretion of tenofovir following cessation in adults with controlled levels of adherence to tenofovir disoproxil fumarate. *International Journal of Infectious Diseases*, 97, 365-370. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.037>
- Galárraga, O., Wilson-Barthes, M., Chivardi, C., Gras-Allain, N., Alarid-Escudero, F., Gandhi, M., et al. (2025). Incentivizing adherence to pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: A randomized pilot trial among male sex workers in Mexico.

- European Journal of Health Economics, 26(2), 299-311. <https://doi.org/10.1007/s10198-024-01705-y>
- Gandhi, M., Glidden, D. V., Chakravarty, D., Wang, G., Biwott, C., Mogere, P., et al. (2024). Impact of a point-of-care urine tenofovir assay on adherence to HIV PrEP among women in Kenya: A randomised pilot trial. *The Lancet HIV*, 11(8), e522-e530. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00125-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00125-5)
- Hiransuthikul, A., Thammajaruk, N., Kerr, S., Janamnuaysook, R., Nonenoy, S., Hongchookiat, P., et al. (2025). No significant drug-drug interaction between oral TAF-based PrEP and feminizing hormone therapy among transgender women: iFACT-3 study. *Journal of the International AIDS Society*, 28(5), e26502. <https://doi.org/10.1002/jia2.26502>
- Johnson, K. A., Niu, X., Glidden, D. V., Castillo-Mancilla, J. R., Yager, J., MaWhinney, S., et al. (2021). Lower urine tenofovir concentrations among individuals taking tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate: Implications for point-of-care testing. *Open Forum Infectious Diseases*, 8(7), ofab200. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab200>
- Jongen, V. W., Hoornenborg, E., Van Den Elshout, M. A., Boyd, A., Zimmermann, H. M., Coyer, L., et al. (2021). Adherence to event-driven HIV PrEP among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands. *Journal of the International AIDS Society*, 24(5), e25708. <https://doi.org/10.1002/jia2.25708>
- Keller, M. J., Wood, L., Billingsley, J. M., Ray, L. L., Goymer, J., Sinclair, S., et al. (2019). Tenofovir disoproxil fumarate intravaginal ring for HIV pre-exposure prophylaxis in sexually active women: A phase 1, single-blind, randomised, controlled trial. *The Lancet HIV*, 6(8), e498-e508. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30145-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30145-6)
- Lahcen, A. A., & Slaughter, G. (2025). An electrochemical sensor for tenofovir monitoring. *Advanced NanoBiomed Research*, 5(10). <https://doi.org/10.1002/anbr.202500097>
- Liu, A. Y., Torres, T. S., Alleyne, C. D., Vinson, J., Bojan, K., Serrano, P. A., et al. (2025). Development of a novel mobile app to support HIV testing and PrEP uptake among MSM: Formative and technical pilot study. *JMIR Human Factors*, 12, e62830. <https://doi.org/10.2196/62830>

- Marwa, M. M., Larsen, A., Abuna, F., Dettinger, J., Odhiambo, B., Watoyi, S., et al. (2025). Brief report: HIV risk perception and PrEP acceptability among pregnant women offered PrEP during antenatal care in Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 99(2), 116-122. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003641>
- Martinson, T., Montoya, R., Moreira, C., Kuncze, K., Sassaman, K., Heise, M. J., et al. (2024). Point-of-care urine tenofovir test predicts PrEP discontinuation among young users. *AIDS*, 38(11), 1671-1676. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003962>
- Mitchell, K. M., Boily, M., Hanscom, B., Moore, M., Todd, J., Paz-Bailey, G., et al. (2023). Estimating the impact of PrEP regimens with cabotegravir or daily TDF/FTC among MSM in the US: HPTN 083 model. *The Lancet Regional Health - Americas*, 18, 100416. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100416>
- Moore, M., Stansfield, S., Donnell, D. J., Boily, M., Mitchell, K. M., Anderson, P. L., et al. (2023). Efficacy estimates of oral PrEP for HIV prevention in cisgender women with partial adherence. *Nature Medicine*, 29(11), 2748-2752. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02564-5>
- Mugwanya, K. K., Saina, M., Mugo, N. R., MaWhinney, S., Morrow, M., Schaafsma, T. T., et al. (2025). Adherence thresholds for emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate pre-exposure prophylaxis against HIV acquisition in cisgender women: A directly observed dosing randomized study. *PLOS Medicine*, 22(9), e1004732. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004732>
- Mujugira, A., Karungi, B., Nakyanzi, A., Bagaya, M., Nsubuga, R., Sebuliba, T., et al. (2024). Peer-delivered HIV self-testing, STI self-sampling, and PrEP for transgender women in Uganda: A randomized trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 97(2), 125-132. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003471>
- Mujugira, A., Nakyanzi, A., Bagaya, M., Mugisha, J., Kamusiime, B., Nalumansi, A., et al. (2025). Integrated PrEP and STI services for transgender women in Uganda: Qualitative findings from a randomized trial. *AIDS and Behavior*, 29(1), 133-142. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04469-x>

- Murembe, B. G., Donnell, D., Krows, M., Zwane, Z., Bukusi, E., Panchia, R., et al. (2024). High recent PrEP adherence with point-of-care urine tenofovir testing and counselling among young African women: INSIGHT cohort. *Journal of the International AIDS Society*, 27(12), e26389. <https://doi.org/10.1002/jia2.26389>
- Mustanski, B., Ryan, D. T., Spinelli, M. A., Gandhi, M., & Newcomb, M. E. (2023). Urine point-of-care tenofovir test demonstrates strong predictive clinical and research utility. *AIDS*, 37(15), 2381-2387. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003710>
- Niu, X., Kubiak, R. W., Siriprakaisil, O., Klinbuayaem, V., Sukrakanchana, P. O., Cressey, R., et al. (2022). Tenofovir-diphosphate in dried blood spots versus tenofovir in urine/plasma for oral PrEP adherence monitoring. *Open Forum Infectious Diseases*, 9(8), ofac405. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac405>
- Oglesby, A., Germain, G., Metzner, A. A., Laliberté, F., MacKnight, S. D., Hilts, A., et al. (2024). PrEP usage patterns and HIV-1 risk factors in the United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 38(11), 495-506. <https://doi.org/10.1089/apc.2024.0158>
- Petrucelli, K. C. S., Baía-Da-Silva, D. C., Val, F., Valões, M. S., Cubas-Vega, N., Silva-Neto, A. V., et al. (2022). Kidney function and daily emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate PrEP: Results from PrEP Brazil. *AIDS Research and Therapy*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12981-022-00437-4>
- Rao, S., Albritton, T., Pina, P., Liang, Y., & Taggart, T. (2022). “You don’t want your parents knowing that you’re taking pre-exposure prophylaxis”: Pre-exposure prophylaxis stigma among Black and Latinx adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 33(4), 395-405. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000313>
- Riddler, S. A., Kelly, C. W., Hoesley, C. J., Ho, K. S., Piper, J. M., Edick, S., et al. (2024). A phase 1 clinical trial evaluating the safety and pharmacokinetics of a rectally administered tenofovir alafenamide/elvitegravir insert for HIV prevention. *Journal of Infectious Diseases*, 230(3), 696-705. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiae211>

- Sevenler, D., Niu, X., Dossantos, S., Toner, M., Cressey, T. R., Sandlin, R. D., et al. (2021). Point-of-care semi-quantitative test for adherence to tenofovir alafenamide or tenofovir disoproxil fumarate. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 77(4), 996-999. <https://doi.org/10.1093/jac/dkab487>
- Shah, P., Spinelli, M., Irungu, E., Kabuti, R., Ngurukiri, P., Babu, H., et al. (2024). Factors associated with oral-PrEP use among female sex workers in Nairobi, Kenya. *AIDS and Behavior*, 28(11), 3836-3849. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04455-3>
- Shapley-Quinn, M. K., Tenza, S., Jensen, D., Tauya, T., Mampuru, L., Etima, J., et al. (2024). Adolescent and young women overcoming adherence challenges with vaginal and oral PrEP use: A longitudinal qualitative study of a crossover trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *AIDS Behavior*, 28(12), 4209-4223. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04503-y>
- Songtaweasin, W. N., Pornpaisalsakul, K., Kawichai, S., Wacharachaisurapol, N., Wongharn, P., Yodkitudomying, C., et al. (2022). Sexually transmitted infections incidence in young Thai MSM and transgender women using HIV PrEP. *International Journal of STD & AIDS*, 33(5), 447-455. <https://doi.org/10.1177/09564624211056749>
- Van Den Elshout, M. A., Hoornenborg, E., Coyer, L., Anderson, P. L., Davidovich, U., De Vries, H. J., et al. (2022). Determinants of adherence to daily PrEP measured as intracellular tenofovir diphosphate concentrations. *Sexually Transmitted Infections*, 99(5). <https://doi.org/10.1136/sextrans-2022-055499>
- Vanbaelen, T., Rotsaert, A., Jacobs, B. K. M., Florence, E., Kenyon, C., Vuylsteke, B., et al. (2022). Why do HIV pre-exposure prophylaxis users discontinue care? *AIDS Patient Care and STDs*, 36(4), 159-167. <https://doi.org/10.1089/apc.2021.0197>
- Velloza, J., Poovan, N., Meisner, A., Ndlovu, N., Ndimande-Khoza, N., Grabow, C., et al. (2025). Adaptive adherence interventions for HIV pre-exposure prophylaxis among young women in Johannesburg, South Africa: A sequential multiple assignment randomized trial. *The Lancet HIV*, 12(2), e105-e117. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00268-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00268-6)
- Williams, M. P., Manjourides, J., Smith, L. H., Rainer, C. B., Hightow-Weidman, L. B., & Haley, D. F. (2025). Mediated

- relationship between digital intervention engagement and PrEP adherence among sexual and gender minority youth: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e57619. <https://doi.org/10.2196/57619>
- Mugwanya, K., Baeten, J., Celum, C., Donnell, D., Nickolas, T., Mugo, N., et al. (2016). Low risk of proximal tubular dysfunction associated with emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate preexposure prophylaxis in men and women. *Journal of Infectious Diseases*, 214(7), 1050-1057. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw125>
- Lalley-Chareczko, L., Clark, D., Zuppa, A. F., Moorthy, G., Conyngham, C., Mounzer, K., et al. (2017). A case study of chewed Truvada® for PrEP maintaining protective drug levels as measured by a novel urine tenofovir assay. *Antiviral Therapy*, 22(7), 639-641. <https://doi.org/10.3851/IMP3151>
- Havens, P. L., Stephensen, C. B., van Loan, M. D., Schuster, G. U., Woodhouse, L. R., Flynn, P. M., et al. (2017). Decline in bone mass with tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine is associated with hormonal changes in the absence of renal impairment when used by HIV-uninfected adolescent boys and young men for HIV preexposure prophylaxis. *Clinical Infectious Diseases*, 64(3), 317-325. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw765>
- Koenig, H. C., Mounzer, K., Daughtridge, G. W., Sloan, C. E., Lalley-Chareczko, L., Moorthy, G. S., et al. (2017). Urine assay for tenofovir to monitor adherence in real time to tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine as pre-exposure prophylaxis. *HIV Medicine*, 18(6), 412-418. <https://doi.org/10.1111/hiv.12518>
- Lalley-Chareczko, L., Clark, D., Conyngham, C., Zuppa, A., Moorthy, G., Mounzer, K., et al. (2018). Delivery of TDF/FTC for pre-exposure prophylaxis to prevent HIV-1 acquisition in young adult men who have sex with men and transgender women of color using a urine adherence assay. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 79(2), 173-178. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001772>
- Tang, E. C., Vittinghoff, E., Anderson, P. L., Cohen, S. E., Doblecki-Lewis, S., Bacon, O., et al. (2018). Changes in kidney function associated with daily tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine for HIV preexposure prophylaxis use in

- the United States demonstration project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77(2), 193-198. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001566>
- Jotwani, V., Scherzer, R., Glidden, D. V., Mehrotra, M., Defechereux, P., Liu, A., et al. (2018). Pre-exposure prophylaxis with tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine and kidney tubular dysfunction in HIV-uninfected individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 78(2), 169-174. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001654>
- Hunt, T., Lalley-Chareczko, L., Daughtridge, G., Swyrn, M., & Koenig, H. (2019). Challenges to PrEP use and perceptions of urine tenofovir adherence monitoring reported by individuals on PrEP. *AIDS Care*, 31(10), 1203-1206. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1587369>
- Haaland, R. E., Martin, A., Livermont, T., Fountain, J., Dinh, C., Holder, A., et al. (2019). Brief report: Urine emtricitabine and tenofovir concentrations provide markers of recent antiretroviral drug exposure among HIV-negative men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(3), 252-256. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002133>
- Young, L. B., Lalley-Chareczko, L., Clark, D., Ramos, M. T., Nahan, R. A., Troutman, G. S., et al. (2020). Correlation of pre-exposure prophylaxis adherence to a mental health diagnosis or experience of childhood trauma in high-risk youth. *International Journal of STD and AIDS*, 31(5), 440-446. <https://doi.org/10.1177/0956462420911559>
- Liu, S. N., Gufford, B. T., Lu, J. B. L., Bushman, L. R., Anderson, P. L., Bergstrom, R. F., et al. (2020). Inhibitory effects of probenecid on pharmacokinetics of tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine for on-demand HIV preexposure prophylaxis. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 107(5), 1200-1208. <https://doi.org/10.1002/cpt.1714>
- Hebel, S., Kahn-Woods, E., Malone-Thomas, S., McNeese, M., Thornton, L., Sukhija-Cohen, A., et al. (2020). Brief report: Discrepancies between self-reported adherence and a biomarker of adherence in real-world settings. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 85(4), 454-457. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002486>

- Else, L. J., Dickinson, L., Edick, S., Zyhowski, A., Ho, K., Meyn, L., et al. (2024). Tenofovir, emtricitabine, lamivudine and dolutegravir concentrations in plasma and urine following drug intake cessation in a randomized controlled directly observed pharmacokinetic trial to aid point-of-care testing. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 79(7), 1597-1605. <https://doi.org/10.1093/jac/dkae147>
- Zewdie, K., Muwonge, T., Ssebuliba, T., Bambia, F., Nampewo, O., Stein, G., et al. (2024). A point-of-care tenofovir urine test improves accuracy of self-reported preexposure prophylaxis adherence and increases condomless sex reporting among young women. *AIDS*, 38(14), 1965-1971. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003988>

CAPÍTULO 16

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN LA REDUCCIÓN DEL CRAVING POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

JULIA LIZETH VILLARREAL-MATA

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: lizethvillarrealmata@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8829-0537>

JOSÉ LUIS ÁLVAREZ-WATSON

Maestro en Enfermería

Universidad de Panamá

e-mail: jose.alvarez.6@udelas.ac.pa

<https://orcid.org/0000-0002-6305-5581>

EDUARDO DANIEL CORONADO-DOMÍNGUEZ

Maestro en Administración y Gestión de los Servicios de Salud

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: edo.danielcoronado@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-2803-5637>

***NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ-GARCÍA**

Doctora en Ciencias de Enfermería

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

e-mail: nordariz@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9033-3244>

*Autor de correspondencia

Resumen

Objetivo: Evaluar la evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la reducción del *craving* por sustancias psicoactivas, siguiendo los lineamientos PRISMA (*Pre-*

ferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Metodología: Se realizó una revisión sistemática consultando cinco bases de datos electrónicas (PubMed, SciELO, Latindex, Redalyc y DOAJ) desde enero de 2020 hasta octubre de 2025. Se incluyeron estudios experimentales y cuasi-experimentales que evaluaran el *craving* en adultos con trastornos por uso de sustancias psicoactivas. La evaluación del riesgo de sesgo se realizó mediante la herramienta Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2) para los ensayos clínicos aleatorizados y ROBINS-I para los estudios no aleatorizados. **Resultados:** De 195 registros identificados, 14 estudios cumplieron los criterios de inclusión, abarcando 1,245 participantes. Entre los ensayos clínicos aleatorizados, el 60% de los estudios presentó bajo riesgo de sesgo. **Conclusiones:** Las intervenciones no farmacológicas demuestran eficacia clínicamente relevante según tamaños de efecto reportados, en la reducción del *craving*, constituyendo estrategias terapéuticas esenciales en el abordaje multimodal de los trastornos por uso de sustancias.

Palabras clave: *craving*, trastornos por uso de sustancias, intervenciones psicológicas, *mindfulness*, terapia cognitivo-conductual, neurofeedback, realidad virtual, revisión sistemática

Introducción

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) representan uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, afectando aproximadamente a 64 millones de personas, de las cuales solo 1 de cada 11 recibe tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC, 2024]). En el contexto latinoamericano, y particularmente en México, la prevalencia de estos trastornos ha mostrado tendencias ascendentes durante la última década, con implicaciones significativas para los sistemas de salud, la estructura familiar y la sociedad en general (Villatoro-Velázquez et al., 2017). La complejidad de estos trastornos demanda el desarrollo y evaluación continua de estrategias terapéuticas que aborden sus múltiples dimensiones neurobiológicas, psicológicas y sociales.

El *craving*, conceptualizado como el deseo intenso e imperioso de consumir sustancias psicoactivas, constituye un fenómeno neuropsicológico central en la comprensión de los trastornos adictivos.

La quinta edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) lo reconoce como criterio diagnóstico esencial en los TUS, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima revisión (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2019) lo incorpora como característica definitoria de los trastornos por dependencia. Esta convergencia diagnóstica refleja el consenso científico respecto a la relevancia clínica del *craving* como predictor robusto de recaída y marcador de severidad clínica (Mansson et al., 2023; Witkiewitz et al., 2019).

Desde una perspectiva neurobiológica, el *craving* involucra la activación de circuitos dopaminérgicos mesolímbicos, particularmente la vía tegmental ventral-núcleo accumbens, junto con estructuras prefrontales responsables del control ejecutivo y la toma de decisiones (Volkow et al., 2019). Las investigaciones con neuroimagen funcional han demostrado que la exposición a señales asociadas al consumo produce activación diferencial en la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior, la ínsula y la amígdala en individuos con TUS comparados con controles sanos (Méndez-Díaz et al., 2017). Estas alteraciones neurofuncionales se asocian con déficits en el control inhibitorio, la regulación emocional y la flexibilidad cognitiva, procesos que contribuyen al mantenimiento del consumo y la vulnerabilidad a la recaída.

El modelo alostático de la adicción propuesto por Koob y Volkow (2016) conceptualiza los TUS como trastornos del sistema de recompensa cerebral caracterizados por tres estadios recurrentes: intoxicación-exceso, abstinencia-afecto negativo y preocupación-anticipación. El *craving* emerge como fenómeno transversal presente en los tres estadios, manifestándose tanto como deseo de experimentar los efectos reforzantes positivos de la sustancia como búsqueda de alivio del malestar asociado a la abstinencia. Esta conceptualización dual del *craving* tiene implicaciones terapéuticas relevantes, sugiriendo que las intervenciones efectivas deben abordar tanto los componentes motivacionales como los mecanismos de reforzamiento negativo que perpetúan el consumo.

El abordaje terapéutico del *craving* se ha fundamentado tradicionalmente en estrategias farmacológicas, incluyendo agonistas parciales (buprenorfina para opioides), antagonistas (naltrexona para alcohol y opioides), moduladores del sistema glutamatérgico

(acamprosato) y agentes aversivos (disulfiram) (Haass-Koffler et al., 2014; Lassi et al., 2022). Sin embargo, las limitaciones inherentes a los enfoques farmacológicos han catalizado el desarrollo de alternativas no farmacológicas con creciente respaldo empírico. Entre estas limitaciones destacan: eficacia variable dependiente del tipo de sustancia y características individuales del paciente; efectos adversos significativos que comprometen la adherencia terapéutica; problemas de accesibilidad en contextos con recursos limitados; y ausencia de medicamentos aprobados para algunos TUS, particularmente estimulantes y cannabis (Mansson et al., 2023; Pfund et al., 2024).

Las intervenciones no farmacológicas han emergido como componentes esenciales en el tratamiento multimodal de los TUS, ofreciendo abordajes que se dirigen a los procesos cognitivos, conductuales y afectivos subyacentes al *craving* y al mantenimiento del consumo (Carroll & Kiluk, 2017; Boness et al., 2023). Estas intervenciones operan mediante mecanismos complementarios a los tratamientos farmacológicos, incluyendo la modificación de sesgos atencionales hacia estímulos relacionados con sustancias, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, la regulación de estados emocionales negativos que precipitan el consumo, y la promoción de cambios conductuales sostenibles mediante el establecimiento de contingencias motivacionales.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) representa el paradigma psicoterapéutico con mayor acumulación de evidencia en el tratamiento de los TUS (Magill et al., 2019). Desde esta perspectiva teórica, el *craving* se conceptualiza como resultado de aprendizajes condicionados, donde estímulos ambientales, interoceptivos y cognitivos previamente asociados al consumo adquieren propiedades elicitoras del deseo de consumir. La TCC aborda estos procesos mediante técnicas de reestructuración cognitiva dirigidas a modificar pensamientos automáticos y creencias disfuncionales sobre la sustancia; entrenamiento en habilidades de afrontamiento para situaciones de alto riesgo; prevención de recaídas mediante identificación de señales de advertencia temprana y exposición gradual con prevención de respuesta para extinguir asociaciones condicionadas. Los metaanálisis recientes demuestran que la TCC produce efectos pequeños a moderados comparada con tratamiento usual o condiciones de control mínimo, con efectos más robustos cuando

se compara con ausencia de tratamiento (Magill et al., 2019; Boness et al., 2023).

Las intervenciones basadas en *mindfulness* o atención plena constituyen un conjunto de aproximaciones terapéuticas derivadas de tradiciones contemplativas orientales que han sido adaptadas y validadas empíricamente en contextos clínicos occidentales (Goldberg et al., 2021). Estas intervenciones se centran en el desarrollo de conciencia metacognitiva, definida como la capacidad de observar los propios procesos mentales sin reactividad automática, y en la promoción de una actitud de aceptación experiencial hacia pensamientos, emociones y sensaciones corporales, incluyendo el *craving*. La Prevención de Recaídas Basada en *Mindfulness* (MBRP) ha demostrado efectos significativos sobre síntomas de abstinencia y *craving*, con mecanismos de acción que incluyen la reducción de la supresión de pensamientos, incremento del afecto positivo y fortalecimiento de la autoeficacia (Grant et al., 2017; Ramadas et al., 2021).

La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), desarrollada originalmente por Linehan para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, ha sido adaptada para poblaciones con TUS (Warner & Murphy, 2022). La DBT aborda déficits en regulación afectiva, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y conciencia del momento presente mediante entrenamiento estructurado en habilidades. Los componentes específicos incluyen técnicas de regulación emocional para manejar estados afectivos intensos que precipitan el consumo, estrategias de tolerancia al malestar para afrontar el *craving* sin recurrir al uso de sustancias, y habilidades de efectividad interpersonal para reducir conflictos relacionales que funcionan como disparadores del consumo.

Las tecnologías emergentes han abierto nuevas posibilidades terapéuticas en el abordaje del *craving*. El neurofeedback, particularmente mediante resonancia magnética funcional en tiempo real (rt-fMRI-NF), permite a los pacientes aprender a modular la actividad de regiones cerebrales específicas involucradas en el *craving*, como la corteza cingulada anterior y la ínsula (Martz et al., 2020; Fede et al., 2023). Los estudios con neurofeedback EEG han mostrado resultados prometedores en la modificación de patrones de activación cortical asociados al deseo de consumo (Fathi et al., 2025). Por su parte, las intervenciones basadas en realidad virtual (VR) permiten

la exposición controlada a señales de consumo en entornos inmersivos y ecológicamente válidos, facilitando la extinción de respuestas condicionadas y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento en condiciones que simulan situaciones de alto riesgo (Segawa et al., 2020; Taubin et al., 2023).

La gestión de contingencias (MC) representa una aproximación conductual fundamentada en los principios del condicionamiento operante, mediante la cual se proporcionan reforzadores tangibles contingentes a la abstinencia verificada o a la participación en comportamientos prosociales incompatibles con el consumo (Ginley et al., 2021; Pfund et al., 2024). Los metaanálisis demuestran que la MC produce los efectos más robustos durante el período de tratamiento activo, aunque la durabilidad de estos efectos posterior a la finalización de las contingencias constituye un área de investigación activa. Las guías clínicas actuales, incluyendo las de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, 2024), reconocen a la MC como práctica basada en evidencia para TUS por estimulantes.

Dado el vasto bagaje de evidencia científica sobre intervenciones no farmacológicas para el *craving* y la necesidad de síntesis que orienten la práctica clínica, el presente estudio tiene como objetivo analizar sistemáticamente la evidencia científica disponible sobre la eficacia de intervenciones no farmacológicas en la reducción del *craving* por sustancias psicoactivas, siguiendo los estándares metodológicos establecidos por PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Metodología

Se desarrolló una revisión sistemática en concordancia con los lineamientos de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021). Los criterios de inclusión se establecieron siguiendo el marco PICO (Población, Intervención, Comparador, Resultados):

- *Población*: Adultos mayores de 18 años, con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, opioides, cocaína, metanfetaminas o cannabis. Se aceptaron diagnósticos establecidos conforme a criterios DSM-5, DSM-IV, CIE-10 o CIE-11.

- *Intervención:* Programas psicológicos como la terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia dialéctico-conductual (DBT), prevención de recaídas (PR). Intervenciones basadas en *mindfulness*, incluyendo MBRP (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*), MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) y MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*). Intervenciones conductuales estructuradas como gestión de contingencias y reentrenamiento atencional. Intervenciones tecnológicas incluyendo neurofeedback (EEG-NF, fMRI-NF) y terapia de exposición mediante realidad virtual (VR-CET). Se excluyeron intervenciones puramente psicoeducativas sin componente terapéutico.
- *Comparador:* Grupos control activos (tratamiento usual, intervención de apoyo, lista de espera con seguimiento) o comparadores pasivos (ausencia de tratamiento, lista de espera sin contacto).
- *Resultados:* Reducción del *craving* medido mediante instrumentos estandarizados y validados y otras medidas validadas específicas por sustancia.
- *Diseño:* Ensayos clínicos aleatorizados (ECA), ensayos controlados no aleatorizados y diseños cuasi-experimentales. Se incluyeron adicionalmente estudios de factibilidad, inducción de *craving* y análisis secundarios cuando aportaron información relevante sobre mecanismos de acción o viabilidad clínica de las intervenciones.

Los criterios de exclusión fueron todas las intervenciones exclusivamente farmacológicas o con componente farmacológico predominante; estudios con comorbilidades psiquiátricas graves no controladas; artículos sin medición específica del *craving* como variable de resultado; estudios con información insuficiente para evaluar el efecto de la intervención; y publicaciones en idiomas distintos al inglés o español. El período de búsqueda se limitó a publicaciones entre enero de 2020 y octubre del 2025.

Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda

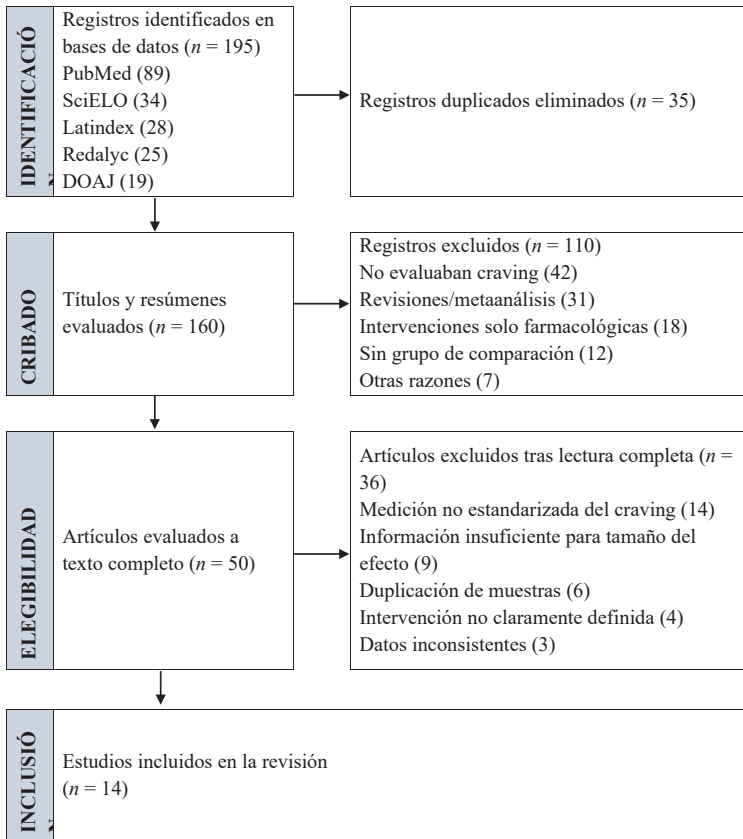
La búsqueda bibliográfica se realizó de manera sistemática (figura 1) en cinco bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (Redalyc) y Directory of Open Access Journals (DOAJ).

La estrategia de búsqueda combinó términos controlados (descriptores MeSH, DeCS) con términos de texto libre, utilizando operadores booleanos para maximizar la sensibilidad y especificidad. Los términos se agruparon en tres bloques conceptuales: (a) condición de interés (“substance use disorder”, “addiction”, “dependence”); (b) fenómeno objetivo (“craving”, “urge”, “desire”, “wanting”); y (c) tipo de intervención (“psychological intervention”, “psychotherapy”, “cognitive behavioral therapy”, “mindfulness”, “contingency management”, “neurofeedback”, “virtual reality”, “non-pharmacological”). Los términos se combinaron mediante el operador OR y los bloques entre sí mediante AND.

El proceso de selección se desarrolló en dos fases. En la primera fase, dos revisores independientes (JLVM y JLAW) realizaron el cribado de títulos y resúmenes aplicando los criterios de elegibilidad previamente definidos. Los registros identificados como potencialmente elegibles por al menos uno de los revisores avanzaron a la segunda fase. En esta fase, los mismos revisores evaluaron independientemente los textos completos de los artículos preseleccionados.

Los datos fueron extraídos de manera estandarizada utilizando un formulario diseñado específicamente para esta revisión. Se registraron las siguientes variables: características del estudio (autores, año, país, diseño); características de los participantes (tamaño muestral, edad, sexo, sustancia primaria de consumo, severidad del trastorno, comorbilidades); características de la intervención (tipo, formato, duración, número de sesiones, modalidad de entrega); características del comparador; instrumentos de medición del *craving*; resultados principales incluyendo estadísticos de efecto (diferencias de medias, desviaciones estándar, tamaños del efecto); y puntos de evaluación (post-intervención, seguimientos).

Figura 1
Flujo PRISMA de Selección de Estudios



Fuente: elaboración propia.

Evaluación del Riesgo de Sesgo

La calidad metodológica se evaluó mediante RoB 2 para los 10 ensayos clínicos aleatorizados y ROBINS-I para los 4 estudios no aleatorizados, considerando cinco dominios clave (aleatorización, desviaciones de la intervención, datos faltantes, medición del resultado y selección del resultado reportado). En el total de 14 estudios, 42.9% presentó bajo riesgo de sesgo, 42.9% riesgo mode-

rado y 14.2% alto riesgo. Entre los ECA, 60% mostró bajo riesgo, 30% algunas preocupaciones y 10% alto riesgo. Por dominios, la aleatorización fue adecuada en 80% de los ECA. El dominio más problemático fue el de desviaciones de las intervenciones previstas, especialmente en estudios no aleatorizados, debido a la imposibilidad de cegamiento. La mayoría de los estudios presentó bajo riesgo en datos faltantes (70%), medición del resultado (80%) y selección del resultado reportado (60%), apoyado en el uso de instrumentos validados y protocolos consistentes.

Tabla 2
Evaluación del Riesgo de Sesgo

Estudio	D1	D2	D3	D4	D5	General
Schuman-Olivier et al. (2025)	+	!	+	+	+	+
Zhang et al. (2023)	+	!	+	+	+	+
Huang et al. (2025)	+	+	+	+	+	+
Davoudi et al. (2021)	+	!	+	+	!	!
Liu et al. (2024)	+	!	+	+	+	+
Riya et al. (2025)*	-	!	+	+	!	-
Faridi et al. (2022)	+	!	+	+	!	!
Hanley & Garland (2020)	+	!	!	+	+	!
Smith-Russell & Bowen (2023)	+	+	+	+	+	+
Gibson et al. (2022)	+	+	+	+	!	+
Tsamitros et al. (2024)*	-	!	+	+	+	!
Lehoux et al. (2024)*	-	!	+	+	!	-
Hernández-Serrano et al. (2021)*	-	+	+	+	+	!
Bertz et al. (2022)	+	!	!	+	+	!

Nota: + = Bajo riesgo; ! = Riesgo moderado (algunas preocupaciones); - = Alto riesgo. Dominios RoB 2: D1 = Proceso de aleatorización; D2 = Desviaciones de las intervenciones previstas; D3 = Datos de resultado faltantes; D4 = Medición del resultado; D5 = Selección del resultado reportado.

* En los estudios no aleatorizados evaluados con ROBINS-I, los dominios D1-D5 se reportan únicamente con fines descriptivos; el juicio de riesgo de sesgo se interpreta a nivel global conforme a ROBINS-I

Resultados

La búsqueda sistemática identificó un total de 195 registros únicos en las cinco bases de datos consultadas: PubMed ($n = 89$), SciELO ($n = 34$), Latindex ($n = 28$), Redalyc ($n = 25$) y DOAJ ($n = 19$). Tras la eliminación de 35 registros duplicados mediante gestión bibliográfica automatizada y verificación manual, 160 títulos y resúmenes fueron sometidos a cribado inicial. De estos, 110 fueron

excluidos por no cumplir los criterios de inclusión: 42 no evaluaban *craving* como variable de resultado, 31 correspondían a revisiones o metaanálisis previos, 18 empleaban intervenciones exclusivamente farmacológicas, 12 utilizaban diseños sin grupo de comparación, y 7 fueron excluidos por otras razones.

Se evaluaron a texto completo 50 artículos potencialmente elegibles. De estos, 36 fueron excluidos tras la revisión detallada: 14 por medición no estandarizada del *craving*, 9 por información insuficiente para calcular tamaños del efecto, 6 por duplicación de muestras con estudios ya incluidos, 4 por intervención no claramente definida, y 3 por datos manifiestamente inconsistentes. Finalmente, 14 estudios cumplieron todos los criterios de inclusión y fueron incorporados a la síntesis cualitativa.

En la tabla 3 se muestra las características de los 14 estudios seleccionados, que incluyeron un total de 1,245 participantes, con tamaños muestrales que oscilaron entre 11 y 196 (mediana = 61; rango intercuartílico = 38-94). La edad media ponderada de los participantes fue 38.7 años ($DE = 12.4$), con predominio del sexo masculino (68.3%). Geográficamente, los estudios se originaron en Estados Unidos ($n = 7$), China ($n = 2$), Alemania ($n = 2$), Irán ($n = 2$), Brasil ($n = 1$) y Francia ($n = 1$). Notablemente, ningún estudio fue conducido en México u otros países de Centroamérica y el Caribe.

Respecto a la sustancia de consumo principal, los estudios evaluaron dependencia al alcohol ($n = 6$), cocaína ($n = 2$), cannabis ($n = 1$), opioides ($n = 1$), metanfetamina ($n = 2$) y policonsumo ($n = 3$). Los criterios diagnósticos utilizados fueron DSM-5 ($n = 9$), DSM-IV-TR ($n = 4$) y CIE-10 ($n = 2$). La severidad del trastorno varió desde leve hasta grave, con mayoría de muestras en tratamiento ambulatorio intensivo o residencial.

En cuanto al diseño metodológico, 10 estudios (71.4%) emplearon aleatorización, mientras que 4 (28.6%) correspondieron a diseños no aleatorizados. Los comparadores incluyeron tratamiento usual ($n = 7$), lista de espera ($n = 4$), intervención de apoyo activa ($n = 3$) y comparación entre modalidades activas ($n = 1$). La duración de las intervenciones osciló entre 4 y 12 semanas, con seguimientos post-intervención que variaron entre inmediatamente posterior hasta 12 meses.

Tabla 3
Características de los Estudios Incluidos

Autor (Año)	País	Diseño	n	Edad	Sustancia	Intervención	Comparador	Duración	Instrumento	Resultados principales
Zhang et al. (2023)	China	ECA	44	34.3±5.2	Alcohol	VR-CET	TAU	2 sem	VAS	↓ craving (VAS) y frecuencia cardiaca post-exposición vs. control (p<0.05)
Schuman-Olivier et al. (2025)	EE.UU.	ECA	196	41.0±10.3	Opioides	M-ROCC	Apoyo recuperación	24 sem	OCS	↓ craving opioides (d=0.5, p=.01); sin diferencia uso opioides
Huang et al. (2025)	China	ECA	89	NR	Metanfetamina	VR-CET/CETA	Escenas neutras	8 sem	DDQ, VAS	↓ craving tónico CET (p=.001) y CETA (p=.010); ↑ autoeficacia rechazo CETA (p=.001)
Davoudi et al. (2021)	Irán	ECA, piloto	61	NR	Cannabis	DBT	Psicoeducación	8 sem	MCQ	↓ subescala emocionalidad (p<.05); cesación 46% vs 16% (p<.05); retención 96%
Liu et al. (2024)	China	ECA	58	NR	Metanfetamina	MBRP	TAU	4 sem	OCDUS, FFMQ	↓ craving psicológico (p<.01); ↑ mindfulness rasgo (p<.05)

Autor (Año)	País	Diseño	n	Edad	Sustancia	Intervención	Comparador	Duración	Instrumento	Resultados principales
Riva et al. (2025)	India	Cuasi-exp	50	18-55	Alcohol	MBRP	TAU	8 sem	ACQ-SF-R, DERS-18	↓ craving (d=1.43); ↑ regulación emocional (d=0.42)
Faridi et al. (2022)	Irán	ECA	30	NR	Opioides	LZNFb	MMT solo	20 ses	DDQ	↓ craving LZNFb > rehab. cognitiva > MMT (p<.05); mejora calidad vida
Hanley & Garland (2020)	EE.UU.	ECA piloto	39	NR	Opioides Rx	MORE	Control activo	8 sem	Salivación, VAS	↑ reactividad a señales (salivación y craving) vs. control
Smith-Russell & Bowen (2023)	EE.UU.	Análisis secundario	244	NR	Múltiples	Mindfulness rasgo	N/A	N/A	WBSI, PACS	Supresión pensamientos media relación mindfulness-craving (p<.05)
Gibson et al. (2022)	EE.UU.	Análisis secundario ECA	81	NR	Alcohol	MBRP+tDCS	MBRP+sham	8 sem	PACS	tDCS sin beneficio adicional; ↓ craving asociado a adherencia en grupo sham
Tsamitros et al. (2024)	Alemania	Brazo único	21	NR	Alcohol	VR-CE	Pre-post	1 ses	VAS	↑ craving durante/post VR (p<.05); retorno a línea base a 20 min

Autor (Año)	País	Diseño	n	Edad	Sustancia	Intervención	Comparador	Duración	Instrumento	Resultados principales
Lehoux et al. (2024)	Francia	Factibilidad	11	NR	Cocaína	VR-CE	Señales neutras	1 ses	CCQ-Brief	↑ craving VR cocaína vs. neutro (p<.01, Δ=0.65); factibilidad demostrada
Hernández-Serrano et al. (2021)	España	Cohorte prospectiva	72	NR	Alcohol	VR-CE (ALCO-VR)	N/A	1 ses	VAS, PR	Severidad TUA y realismo percibido predictores de craving (p<.05)
Bertz et al. (2022)	EE.UU.	ECA con EMA	161	NR	Opioides	Trabajo terapéutico	Lista espera	Variable	EMA	↑ craving y estrés en trabajo vs. otras ubicaciones (p<.05)

Nota: ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado; VR-CET = Terapia de Exposición a Señales de Exposición a Señales con Realidad Virtual; M-ROCC = Mindful Recovery OUD Care Continuum; MBRP = Prevención de Recaidas Basada en Mindfulness; DBT = Terapia Dialéctico-Conductual; MORE = Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement; LZNF = LORETA Z Score Neurofeedback; fMRI-NF = Neurofeedback con RMf; TAU = Tratamiento Usual; MMT = Tratamiento de Mantenimiento con Metadona; VAS = Escala Visual Analógica; OCS = Opioid Craving Scale; DDQ = Desires for Drug Questionnaire; MCQ = Marijuana Craving Questionnaire; OCDUS = Obsessive Compulsive Drug Use Scale; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; ACO-SF-R = Alcohol Craving Questionnaire-Short Form Revised; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; WBSI = White Bear Suppression Inventory; PACS = Penn Alcohol Craving Scale; CCQ = Cocaine Craving Questionnaire; EMA = Evaluación Momentánea Ecológica; NR = No Reportado.

En cuanto a las Intervenciones Basadas en Mindfulness, solo seis estudios evaluaron intervenciones basadas en *mindfulness*, incluyendo MBRP ($n = 4$), MBSR adaptado ($n = 1$) e intervenciones breves de atención plena ($n = 1$). Los resultados demostraron reducciones significativas del *craving* comparadas con condiciones control, con tamaños del efecto que oscilaron entre moderados y grandes ($d = 0.41-0.63$). Smith-Russell y Bowen (2023) reportaron que el *mindfulness* rasgo se asoció inversamente con el *craving* ($r = -0.34$, $p < 0.01$), y que esta relación fue mediada por la reducción de la supresión de pensamientos. Schuman-Olivier et al. (2025) en un ECA con 196 participantes con trastorno por uso de opioides, encontraron que MBRP produjo mayor reducción del *craving* de opioides comparado con tratamiento usual ($d = -0.5$, IC 95%: -0.76 a -0.24), con efectos mantenidos a los 6 meses de seguimiento.

Los mecanismos de acción propuestos para las intervenciones basadas en *mindfulness* incluyen: incremento de la conciencia metacognitiva no reactiva, que permite observar el *craving* como fenómeno transitorio sin actuar compulsivamente; reducción de la evitación experiencial y la supresión de pensamientos, procesos que paradójicamente intensifican el deseo de consumo; promoción del afecto positivo y la autoeficacia, recursos psicológicos que facilitan el afrontamiento adaptativo; y modificación de patrones de activación en circuitos prefrontales asociados con el control ejecutivo.

Respecto a la Terapia Cognitivo-Conductual, cuatro estudios examinaron variaciones de TCC específicamente adaptadas para TUS. Los componentes terapéuticos incluyeron psicoeducación sobre el modelo cognitivo de las adicciones, identificación y modificación de pensamientos automáticos y creencias permisivas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, análisis funcional de episodios de consumo y *craving*, y prevención de recaídas. Los resultados evidenciaron eficacia consistente en la reducción del *craving* ($g = 0.47-0.61$), con particular efectividad en dependencia al alcohol y cocaína. Los efectos fueron robustos tanto en comparación con tratamiento usual como con condiciones de control mínimo.

Los hallazgos son consistentes con los metaanálisis previos de Magill et al. (2019) y la evaluación sistemática de Boness et al. (2023), quienes reportaron efectos pequeños a moderados de TCC sobre resultados de consumo y *craving*. Los análisis de moderadores sugieren que la TCC es particularmente efectiva cuando se

implementa de manera individual, con duración suficiente (mayor a 8 sesiones), y en combinación con farmacoterapia cuando esta está disponible.

Tres estudios evaluaron el Neurofeedback y Biofeedback como tecnologías de retroalimentación biológica para la reducción del *craving*. Fede et al. (2023) compararon diferentes métodos de neurofeedback fMRI en tiempo real para entrenamiento del control del *craving* alcohólico, encontrando que el protocolo con múltiples regiones de interés mostró mayor retención (96%) y que la regulación descendente de la actividad en el córtex cingulado anterior fue el predictor más robusto de reducción del *craving* autorreportado. Karch et al. (2022) reportaron mejoras funcionales y clínicas en pacientes con dependencia alcohólica tras entrenamiento con fMRI-NF, incluyendo reducciones significativas del *craving* y cambios en patrones de activación cerebral.

La revisión sistemática reciente de Fathi et al. (2025) sobre neurofeedback EEG y fMRI en TUS concluyó que estas intervenciones muestran potencial prometedor, aunque la heterogeneidad en protocolos y la escasez de estudios controlados de alta calidad limitan las conclusiones definitivas. Los tamaños del efecto en los estudios incluidos fueron modestos ($d = 0.32 - 0.39$) pero consistentemente significativos, sugiriendo que el neurofeedback podría constituir un complemento valioso a intervenciones psicológicas convencionales.

Respecto a la Realidad Virtual, seis estudios evaluaron intervenciones basadas en realidad virtual, principalmente terapia de exposición a señales mediante RV (VR-CET). Zhang et al. (2023) en un ECA con pacientes con dependencia alcohólica encontraron que VR-CET redujo significativamente el *craving* psicológico ($p < 0.05$) y las respuestas fisiológicas (frecuencia cardíaca, conductancia de la piel) ante señales de consumo. Tsamitros et al. (2024) demostraron que la realidad virtual fue eficaz para la inducción controlada del *craving* en pacientes en rehabilitación por alcohol, observándose un incremento agudo del deseo de consumo durante la exposición, seguido de retorno a niveles basales, lo que respalda su utilidad como herramienta de exposición terapéutica.

Huang et al. (2025) evaluaron VR-CET en hombres con trastorno por uso de metanfetamina, encontrando reducciones significativas del *craving* tónico ($p = 0.001$) con efectos mantenidos en el seguimiento. Lehoux et al. (2024) reportaron viabilidad y acepta-

bilidad de VR-CET para trastorno por uso de cocaína, aunque los efectos sobre *craving* fueron más modestos que en estudios con alcohol. La revisión de Taubin et al. (2023) sobre terapias de RV para TUS concluyó que la evidencia actual respalda su eficacia para la reducción del *craving*, particularmente para alcohol y nicotina, aunque se requieren más ECA con seguimientos prolongados.

Dos estudios evaluaron adaptaciones de la Terapia Dialéctico-Conductual a DBT para TUS. Davoudi et al. (2021) en un ECA piloto con pacientes con trastorno por uso de cannabis encontraron alta viabilidad de DBT (96% de retención), mayor tasa de cesación del consumo (46% vs. 16% en grupo control), y reducción significativa en la subescala de emocionalidad del *craving* ($F = 19.94, p < 0.05$). Los autores propusieron que los componentes de regulación emocional y tolerancia al malestar de DBT son particularmente relevantes para pacientes cuyo consumo está mediado por estados afectivos negativos. La revisión sistemática de Warner y Murphy (2022) sobre entrenamiento en habilidades DBT para TUS identificó evidencia preliminar prometedora, aunque señaló limitaciones metodológicas en los estudios disponibles y la necesidad de investigación adicional con muestras más amplias y seguimientos prolongados.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática demuestran que las intervenciones no farmacológicas producen reducciones significativas del *craving* por sustancias psicoactivas con tamaños de efecto que oscilan entre pequeños y grandes. Estos efectos, en términos generales, son comparables de manera indirecta a los reportados en metaanálisis previos de tratamientos farmacológicos, considerando las diferencias metodológicas entre estudios (Haass-Koffler et al., 2014; Lassi et al., 2022).

Las intervenciones basadas en *mindfulness* y la terapia cognitivo-conductual emergieron como las modalidades con mayor acumulación de evidencia favorable, mientras que las tecnologías emergentes como neurofeedback y realidad virtual muestran resultados preliminares que requieren replicación en estudios de mayor escala.

La eficacia diferencial de las modalidades terapéuticas evaluadas puede interpretarse considerando los mecanismos neuropsicológicos subyacentes al *craving* y cómo cada aproximación los aborda. Las intervenciones basadas en *mindfulness* parecen operar mediante el incremento de la conciencia metacognitiva no reactiva, permitiendo que el individuo experimente el *craving* como fenómeno transitorio sin generar respuestas conductuales automáticas de búsqueda de sustancia. Este mecanismo es consistente con modelos teóricos que conceptualizan el *craving* como resultado de procesos de elaboración cognitiva que pueden interrumpirse mediante la reorientación atencional hacia la experiencia presente (Goldberg et al., 2021).

La terapia cognitivo-conductual aborda el *craving* mediante la modificación de sesgos cognitivos y patrones conductuales aprendidos. Los componentes de reestructuración cognitiva permiten cuestionar creencias permisivas y expectativas de resultado positivo asociadas al consumo, mientras que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento proporciona alternativas conductuales para manejar el deseo sin recurrir a la sustancia. Los efectos moderados pero consistentes de la TCC sugieren que estos mecanismos son relevantes para un amplio espectro de pacientes con TUS (Boness et al., 2023).

Las tecnologías de neurofeedback representan un enfoque innovador que permite la modulación directa de circuitos cerebrales implicados en el *craving*. Los hallazgos de Fede et al. (2023) sugieren que la capacidad de regular descendentemente la actividad del córtex cingulado anterior puede traducirse en reducciones clínicamente significativas del *craving* autorreportado. Sin embargo, la complejidad técnica, los costos asociados y la necesidad de equipamiento especializado limitan actualmente la escalabilidad de estas intervenciones.

Las intervenciones basadas en realidad virtual aprovechan la capacidad de esta tecnología para generar entornos inmersivos que simulan contextos de alto riesgo de consumo. La exposición controlada y repetida a estos escenarios facilita la extinción de respuestas condicionadas de *craving* y permite el entrenamiento en habilidades de afrontamiento en condiciones ecológicamente válidas pero seguras (Bordnick et al., 2008; Segawa et al., 2020). Los resultados favorables en alcohol y metanfetamina sugieren que VR-CET

podría ser particularmente útil como complemento a tratamientos convencionales.

La heterogeneidad metodológica observada en los estudios incluidos constituye tanto una limitación para la síntesis cuantitativa como un reflejo del estado actual del campo. La variabilidad en los instrumentos de medición del *craving* dificulta la comparación directa de magnitudes de efecto entre estudios. Mientras algunos utilizan escalas multidimensionales validadas (como el DDQ), otros emplean medidas unidimensionales (VAS) o instrumentos desarrollados ad hoc. Esta diversidad metodológica resalta la necesidad de estandarización en la evaluación del *craving* en ensayos clínicos futuros.

La imposibilidad inherente de cegar participantes y terapeutas en estudios de intervenciones psicológicas introduce riesgos de sesgo de desempeño y expectativa que deben considerarse en la interpretación de resultados. Aunque el 60% de los ECA incluidos presentó bajo riesgo de sesgo global, algunas preocupaciones identificadas en el dominio de desviaciones de intervenciones previstas reflejan esta limitación estructural de la investigación en psicoterapia.

La ausencia de estudios conducidos en México y otros países latinoamericanos representa una limitación crítica que afecta la generalización de los hallazgos a estos contextos. Factores culturales, diferencias en sistemas de salud, patrones de consumo regionales y disponibilidad de recursos terapéuticos podrían modular la eficacia de las intervenciones de maneras no reportadas en la evidencia actual. Esta brecha destaca la urgente necesidad de investigación original en poblaciones latinoamericanas.

La variabilidad en los períodos de seguimiento, desde evaluación inmediata post-intervención hasta 12 meses, limita las conclusiones sobre la durabilidad de los efectos terapéuticos. Los TUS se caracterizan por su naturaleza crónica y recidivante, por lo que la efectividad a largo plazo constituye un criterio fundamental para la evaluación de intervenciones.

Desde una perspectiva de implementación clínica, los hallazgos de esta revisión respaldan la integración sistemática de intervenciones no farmacológicas como componentes esenciales en programas de tratamiento multimodal para TUS. La evidencia apoya particularmente el uso de MBRP y TCC como intervenciones de primera

línea, dado su respaldo empírico más robusto y su viabilidad de implementación en diversos contextos clínicos.

La selección de modalidades específicas debería considerar múltiples factores: características individuales del paciente (severidad del trastorno, comorbilidades, preferencias), tipo de sustancia de consumo primario, disponibilidad de recursos y formación especializada, y contexto cultural de implementación. Los enfoques personalizados que permiten adaptar las intervenciones a las necesidades específicas del paciente probablemente maximicen los resultados terapéuticos.

Las tecnologías emergentes como neurofeedback y realidad virtual, aunque prometedoras, actualmente se posicionan mejor como complementos a intervenciones establecidas más que como tratamientos autónomos. Su incorporación en la práctica clínica debería considerar la disponibilidad de equipamiento, formación técnica requerida y relación costo-beneficio en cada contexto específico.

Conclusiones

Las intervenciones no farmacológicas constituyen estrategias terapéuticas eficaces y basadas en evidencia para la reducción del *craving* por sustancias psicoactivas. Estas intervenciones producen reducciones significativas y clínicamente relevantes del deseo de consumo.

Las intervenciones basadas en *mindfulness*, particularmente MBRP, y TCC emergieron como las modalidades con mayor acumulación de evidencia favorable, respaldando su posicionamiento como intervenciones de primera línea en el tratamiento de los TUS.

Las tecnologías emergentes como neurofeedback y realidad virtual muestran resultados preliminares prometedores que justifican su desarrollo continuo e investigación adicional.

Los hallazgos respaldan la integración de intervenciones no farmacológicas como componentes esenciales en programas de tratamiento multimodal, complementando y potenciando los efectos de las intervenciones farmacológicas cuando estas están disponibles. La selección de modalidades específicas debería guiarse por la evidencia disponible, las características individuales del paciente, y los recursos del contexto de implementación.

Se requiere investigación adicional con protocolos estandarizados, seguimientos prolongados y muestras culturalmente diversas, particularmente en poblaciones latinoamericanas subrepresentadas en la literatura actual. El desarrollo de evidencia contextualmente relevante es fundamental para optimizar la implementación de intervenciones basadas en evidencia en sistemas de salud con recursos y características diferenciadas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorder: A systematic review and suggestions for improvement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 847–861. <https://doi.org/10.1037/adb0000311>
- Davoudi, M., Omid, A., Sehat, M., & Sepehrmanesh, Z. (2021). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy for young adults with marijuana use disorder: Effects on craving and cannabis use. *BMC Psychiatry*, 21(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03108-0>
- Fathi, M., Ebrahimi, M. N., Banazadeh, M., Shirvani, A., Kamalahmadi, N., Amiri, H., & Talaei, A. (2025). A systematic review on the role of EEG and fMRI-Neurofeedback training in the treatment of substance use disorders and behavioral addiction. *Psychiatry research*, 349, 116474. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116474>
- Fede, S. J., Grodin, E. N., Dean, S. F., Diazgranados, N., & Momenan, R. (2023). Selecting an optimal real-time fMRI neurofeedback method for alcohol craving control training.

- Psychophysiology, 60(9), e14367. <https://doi.org/10.1111/psyp.14367>
- GINLEY, M. K., PFUND, R. A., RASH, C. J., & ZAJAC, K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(1), 58–71. <https://doi.org/10.1037/ccp0000552>
- GOLDBERG, S. B., PACE, B., GRISKAITIS, M., WILLUTZKI, R., SKOETZ, N., THOENES, S., FERRER, R., & RÖSNER, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD011723. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011723.pub2>
- GRANT, S., COLAIACO, B., MOTALA, A., SHANMAN, R., BOOTH, M., SORBERO, M., & HEMPEL, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386–396. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338>
- HAASS-KOFFLER, C. L., LEGGIO, L., & KENNA, G. A. (2014). Pharmacological approaches to reducing craving in patients with alcohol use disorders. *CNS Drugs*, 28(4), 343–360. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0149-3>
- HUANG, Q., CHEN, X., WANG, X., TANG, Y., WANG, W., CHAO, L., NIE, Y., PENG, S., ZHAO, L., SHEN, H., & LIAO, Z. (2025). Virtual reality-based cue exposure therapy reduces psychological craving in men with methamphetamine use disorder: A randomized controlled trial. *Translational Psychiatry*, 15, 318. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03553-7>
- KARCH, S., KRAUSE, D., LEHNERT, K., et al. (2022). Functional and clinical outcomes of fMRI-based neurofeedback training in patients with alcohol dependence: A pilot study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(4), 557–569. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01336-x>
- KOOB, G. F., & VOLKOW, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- LASSI, D. L. S., MALBERGIER, A., NEGRÃO, A. B., TAVARES, H., & ABDALLA, R. R. (2022). Pharmacological treatments for cocaine

- craving: A systematic review of the literature. *Brain Sciences*, 12(11), 1546. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111546>
- Lehoux, T., Bhatt, M., & Bhattacharyya, O. (2024). Towards virtual reality exposure therapy for cocaine use disorder: A feasibility study. *Addictive Behaviors Reports*, 19, 100549. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2024.100549>
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., et al. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
- Mansson, V., Andrade, J., Jayaram-Lindström, N., & Berman, A. H. (2023). “I see myself”: Craving imagery among individuals with addictive disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 41(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/10550887.2022.2058299>
- Martz, M. E., Hart, T., Heitzeg, M. M., & Peltier, S. J. (2020). Neuromodulation of brain activation associated with addiction: A review of real-time fMRI neurofeedback studies. *NeuroImage: Clinical*, 27, 102350. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102350>
- Méndez-Díaz, M., Romero-Torres, B. M., Cortés-Morelos, J., Ruiz-Contreras, A. E., & Próspero-García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(1), 6-16. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000100006&lng=es&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud. (2019). CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades (11a revisión). <https://icd.who.int/es>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pfund, R. A., Ginley, M. K., Boness, C. L., et al. (2024). Contingency management for drug use disorders: A meta-analytic review and application of the Tolin criteria. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 136–150. <https://doi.org/10.1037/cps0000121>
- Ramadas, E., Lima, M. P. D., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. A. (2021). Effectiveness of mindfulness-based relapse

- prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 11(10), 133. <https://doi.org/10.3390/bs1100133>
- SAMHSA. (2024). Contingency management treatment for substance use disorders (Advisory). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/contingency-management-advisory-pep24-06-001.pdf>
- Schuman-Olivier, Z., Goodman, H., Rosansky, J., Fredericksen, A. K., Barria, J., Parry, G., Sokol, R., Gardiner, P., Lê Cook, B., & Weiss, R. D. (2025). Mindfulness training vs recovery support for opioid use, craving, and anxiety during buprenorphine treatment: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 8(1), e2454950. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.54950>
- Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., et al. (2020). Virtual reality therapy in the field of addictions: A systematic review. *Current Addiction Reports*, 7, 377–391. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00314-5>
- Smith-Russell, S., & Bowen, S. (2023). Thought suppression as a mediator between trait mindfulness and substance craving. *Mindfulness*, 14(2), 420–428. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02055-3>
- Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., et al. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., et al. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Taubin, D., Berger, A., Greenwald, D., Newman, M. G., & Stein, M. B. (2023). A systematic review of virtual reality therapies for substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 32(1), 13–23. <https://doi.org/10.1111/ajad.13342>
- Tsamitros, N., Lütt, A., Wolbers, T., et al. (2024). Craving induction through virtual reality cue-exposure for patients with alcohol dependence in rehabilitation treatment. *Scientific Reports*, 14, 30550. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-81071-0>

- UNODC. (2024). World drug report 2024. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., et al. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The neuroscience of drug reward and addiction. *Physiological Reviews*, 99(4), 2115–2140. <https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2018>
- Warner, C., & Murphy, J. G. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 41(2), 501–516. <https://doi.org/10.1111/dar.13362>
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5(9), eaax4043. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>
- Zhang, J., Chen, M., Yan, J., et al. (2023). Effects of virtual reality-based cue exposure therapy on craving and physiological responses in alcohol-dependent patients: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1), 951. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05426-z>

El libro *Investigación Multidisciplinaria en Salud* reúne una serie de estudios que abordan diversas problemáticas del ámbito sanitario desde enfoques clínicos, comunitarios y académicos, destacando la importancia de la investigación como base para mejorar la atención en salud y la toma de decisiones fundamentadas en evidencia. La obra se organiza en cuatro grandes apartados —servicios de salud, salud laboral, aspectos nutricionales y revisiones sistemáticas—, los cuales reflejan la complejidad del sistema de salud actual y la necesidad de analizarlo desde múltiples disciplinas. A través de investigaciones concretas, se examinan temas como el acceso a servicios médicos, la prevalencia de enfermedades, la discriminación en contextos sanitarios y las condiciones de atención en distintos escenarios.

Asimismo, el libro profundiza en problemáticas sociales que impactan directamente en la salud, como la violencia laboral, el consumo de sustancias, la nutrición y los factores psicosociales, así como en revisiones sistemáticas que sintetizan la evidencia científica sobre temas clave como el estigma del peso, el mindfulness, el estrés y la adherencia a tratamientos. En conjunto, la obra aporta un panorama integral que no solo describe las condiciones actuales, sino que también propone reflexiones y bases para el diseño de intervenciones que mejoren la calidad de vida de la población, promoviendo una atención más humana, crítica y sustentada en conocimiento científico

