

# CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

ENERO - JUNIO 2023

Num1. Vol 1.

ISSN: 2992-7021



**“INVESTIGACIÓN  
CIENTÍFICA EN  
CIENCIAS APLICADAS”**

Editorial  
GLOBAL

Enero-Junio 2023 Num 1. Vol. 1 ISSN 2992-7021

## Artículos Originales

Conocimiento y uso de anticonceptivos  
en madres adolescentes  
Clarisa Luna Ferrales y Cols.

Valoración de la eficacia de la  
termonebulización a base de  
glutaraldehído al 2%  
Ligia Daniela Vasco Barragán y Cols.

Mantenimiento del peso saludable en el  
adolescente: una aproximación cualitativa  
Diana Cristina Navarro Rodríguez y Cols.

Comportamientos de cuidado humanizado  
de enfermería en pacientes obstétricas  
y asociación con variables  
sociodemoclinicas.  
Fernanda González Salinas y Cols.

Ansiedad preoperatoria en pacientes  
programados para cirugía en un  
hospital de segundo nivel de atención  
Nereida Adame Hernández

Violencia en el noviazgo y autoeficacia  
percibida para el uso de condón en  
adolescentes escolarizados  
Adriana Cardenas Cortés y Cols.

Diferencias de percepción de la vejez  
durante el envejecimiento  
Luz Elena Rodríguez Mejía y Cols.

[www.corporativo-global.com](http://www.corporativo-global.com)

### Consejo Editorial

Raquel Alicia Benavides Torres PhD.  
(Universidad Autónoma de Nuevo León)  
Dra. Lourdes Munch Galindo  
(Universidad Nacional Autónoma de México)  
Dr. Ricardo Luna Fuentes  
(Federación Centroamericana y del Caribe de  
Obesidad)  
Dra. María del Rosario Salazar Riojas  
(Universidad Autónoma de Nuevo León)

### Comité Editorial

Dra. Fernanda González Salinas  
(Universidad Autónoma de Tamaulipas)  
Dra. Olimpia Cortez Rivera  
(Universidad de Sonora)  
Dra. Gloria Maricela Guerra  
(Universidad Autónoma de Tamaulipas)  
ME Adriana Mayela Cárdenas  
(Universidad de Celaya)  
Dra. María Aracely Márquez Vega  
(Universidad Autónoma de Nuevo León)

### Comité Científico

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez  
(Universidad Autónoma de Nuevo León)  
Dra. María Luisa Ponce  
(Universidad Nacional Autónoma de México)  
Dra. Luvia del Carmen Castillo Arcos  
(Universidad Autónoma del Carmen)  
Dra. Carolina Valdez Montero  
(Universidad Autónoma de Sinaloa)  
Dr. José Luis Hernández Torres  
(Universidad de Celaya)

### Directorio

Luis M. Chávez Aguilar  
Director General

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.  
(Universidad Autónoma de Nuevo León)  
Editor en Jefe

Dra. Fernanda González Salinas  
(Universidad Autónoma de Tamaulipas)  
Gerente Editorial

Para colaboraciones y correspondencia  
favor de dirigirse a Corporativo Global:  
Tel. 8124493414

Correo: [revista@corporativo-global.com](mailto:revista@corporativo-global.com)  
[www.corporativo-global.com](http://www.corporativo-global.com)

Derecho reservado para uso exclusivo del  
título:

04-2022-061314465800-102

## Artículos Originales

### Contenido

Conocimiento y uso de anticonceptivos en madres adolescentes Clarisa Luna-Ferrales	6
Valoración de la eficacia de la termonebulización a base de glutaraldehído al 2% Ligia Daniela Vasco Barragán	17
Mantenimiento del peso saludable en el adolescente: una aproximación cualitativa Diana Cristina Navarro Rodríguez	23
Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes obstétricas y asociación con variables sociodemoclinicas. Fernanda González Salinas	34
Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía en un hospital de segundo nivel de atención Nereida Adame Hernández	53
Violencia en el noviazgo y autoeficacia percibida para el uso de condón en adolescentes escolarizados Adriana Cardenas Cortés	64
Diferencias de percepción de la vejez durante el envejecimiento Luz Elena Rodriguez Mejia	72

CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

Enero-Junio 2023 Num 1. Vol. 1 ISSN en trámite

Artículos Originales

Conocimiento y uso de anticonceptivos en madres adolescentes  
Clarisa Luna Ferrales y Cols.

Valoración de la eficacia de la termonebulización a base de glutaraldehído al 2%  
Ligia Daniela Vasco Barragán y Cols.

Mantenimiento del peso saludable en el adolescente: una aproximación cualitativa  
Diana Cristina Navarro Rodríguez y Cols.

Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes obstétricas y asociación con variables sociodemoclinicas.  
Fernanda González Salinas y Cols.

Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía en un hospital de segundo nivel de atención  
Nereida Alejandra Hernández

Violencia en el noviazgo y autoeficacia percibida para el uso de condón en adolescentes escolarizados  
Adriana Cardenas Cortés y Cols.

Diferencias de percepción de la vejez durante el envejecimiento  
Luz Elena Rodríguez Mejía y Cols.

[www.corporativo-global.com](http://www.corporativo-global.com)

“Investigación científica en ciencias aplicadas”

## CINTILLO LEGAL

Revista “Investigación Científica Ciencias Aplicadas”, número 1, Enero - Junio de 2023, revista electrónica, es una publicación semestral editada por CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V, Calle Mirador del Aguila No. 613, Colonia Puerta de Hierro C.P. 64346, Monterrey, Nuevo León, México, Tel. 8124493414.

Editor Responsable, Luis Manuel Chávez Aguilar. Número de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2022-061314465800-102 e ISSN 2992-7021, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Responsable de la última actualización, Luis Manuel Chávez Aguilar con domicilio en Calle Mirador del Aguila No. 613, Colonia Puerta de Hierro C.P. 64346, Monterrey, Nuevo León, México, Tel. 8124493414 <https://corporativo-global.com/publicaciones-investigacion/>

Fecha de la última modificación: Abril de 2023.

## INFORMACIÓN ACERCA DE LA REVISTA

**Corporativo GLOBAL** es una organización mexicana con alcance internacional integrada por Profesionistas, Maestros, Investiga-

dores y estudiantes internacionales con el objetivo de ser una de las estructuras más sólidas y líderes de Latinoamérica comprometidos en brindar a través del diseño de programas académicos y contando con el apoyo de asesores y especialistas reconocidos en la materia, la mayor calidad a nivel nacional e internacional de la realización de congresos dirigidos a toda la comunidad estudiantil y profesional del área de la salud. Así, surge la necesidad de crear un espacio donde los trabajos científicos pudieran ser difundidos de manera nacional e internacional; gestando así la REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS APLICADAS. El formato de ésta, es digital, de periodicidad semestral, con revisión por pares y de acceso abierto. Su objetivo general es difundir el conocimiento en ciencias aplicadas de la salud a través de medios electrónicos para dar reconocimiento a la labor y la calidad de los trabajos presentados en los congresos internacionales de GLOBAL. Dichos trabajos son de áreas como enfermería y ciencias afines (medicina, educación, nutrición, deporte, administración, química clínica, ingenierías).

## Editorial

Reflexiones del Cuidado Humano desde la mirada de la Cronicidad

Haidy Rocio Oviedo C

Rn MSC PhD. Enfermería

Docente Universidad del Magdalena

El mundo vive un proceso continuo de transformación y en su evolución disciplinas como la Enfermería fueron emergiendo dentro de principios, supuestos, valores, teorías y modelos llegando así a concebir el cuidado humano como la esencia de la profesión; con ello se centran los procesos formativos y se toman como referencia la realidad socio-sanitaria, las políticas mundiales de salud, el desarrollo técnico científico y la activa producción científica de la profesión, permitiendo delimitar un cuerpo de conocimientos propios y con ello la notoriedad y visibilidad de la disciplina. Así también debido al progresivo aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y con ellas temas como la dependencia funcional, el envejecimiento, el aumento de los cuidadores familiares, demandan la necesidad urgente por reconocer el significado de cuidar desde la visión del profesional de enfermería, de los integrantes del equipo de salud y desde el cuidador familiar, siendo todos protagonistas de momentos de cuidado. El objetivo de esta carta es hacer una aproximación disciplinar acerca de la evolución del cuidado a los interrogantes que se asocian al desarrollo disciplinar y lo que proyectamos a la luz de las teorías de Enfermería.

EL cuidado humano se ha ligado desde el origen de la humanidad a la conservación y mantenimiento de la vida, por ello autoras como Colliere describen a las mujeres sanadoras como aquellas ligadas a la fecundidad y la vida, como la mujer que nutre, alimenta y amamanta, con lo cual cuida a su especie (1). Por otra parte, es importante reconocer cómo desde esos mismos orígenes la magia y lo sobrenatural daban explicación a los procesos en los cuales con prácticas de cuidado y supervivencia junto aquellas actividades que garantizaban la alimentación, la conservación de la especie, el mantenimiento del fuego, la utilización de pieles para cubrirse y protegerse, (2) se encontraba respuesta a las necesidades del momento.

En la medida que las diferentes culturas fueron dando explicación a los conceptos de salud enfermedad, ya sea desde lo mágico, lo sobrenatural, lo religioso, hasta evolucionar a los conceptos positivistas y el modelo biomédico heredado desde la edad moderna, así también fueron evolucionando los conceptos de cuidado y con él la manera como los profesionales de enfermería mantenían el dominio de un conocimiento propio el cual generaba la necesidad de ser estudiado.

A partir de los orígenes de la enfermería moderna con Florence Nightingale,

---

se logra romper el empirismo y buscar el conocimiento científico con el cual se defina un cuidado integral, comenzando con la observación misma de la persona hasta el mantenimiento de un ambiente con el cual se logre la acción de la naturaleza sobre el individuo; posteriormente en la década de los 50 Peplau hace énfasis en las relaciones interpersonales enfermera – paciente centrado en sus problemas, mientras que Meleis construye a partir de tres escuelas diferentes las necesidades, la interacción y del resultado; se une así Leininger quien destacó el cuidado humano como una necesidad humana esencial siendo un modo de lograr salud, bienestar y la supervivencia de las culturas y civilizaciones; en los 70 la inseparabilidad del cuerpo y la mente, dan paso a la visión holística siendo totalmente contraria al modelo positivista que hasta el momento daba explicación a la relación salud – enfermedad ; ahora con esta visión integradora surgen inquietudes sobre la visión pragmática del hombre y su visión holística que trae consigo elementos psicológicos, sociológicos, y biológicos. (3).

Luego, cuando Watson le aporta a la enfermería desde un pensamiento postmoderno la ontología de las relaciones, frente a una epistemología de ciencia y tecnología sus escritos desarrollan aspectos espirituales, energéticos de los cuidados conscientes e intencionales, más la presencia y evolución humana; su teoría reúne siete postulados y 10 procesos de cuidados caritativos (4). Define el cuidado de los enfermos como un fenómeno social universal que resulta efectiva si se realiza de forma interpersonal; para esta autora Caritas representan los valores que tienen que ver con la enfermera, el paciente y la familia e incluye aquellos que siente, experimenta, comunica y promueve cada enfermera. (5).

Para Mayeroff, el significado de la palabra cuidado refleja un sentido estoico y de inspiración, atención y solicitud lo cual resulta el lado positivo del cuidado; la característica fundamental del cuidado es el origen de la vida, la dignidad de la misma que con lleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer cualquiera sea ese otro, una persona, una idea, un ideal (5) ; por su parte incluye desde su visión ocho componentes en los cuales interviene la persona que brinda cuidados y el sujeto de cuidado quien se siente satisfecho por el cuidado recibido y el profesional a la vez de brindarlos. Dichos componentes los determina como: conocimiento, ritmos alterados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje.(6).

Entre muchas otras investigadoras surge Waldow quien desde la visión histórica del cuidado busca explicarlo como una necesidad básica o bien como una

manera de ser solicitada mostrando interés y preocupación a través del uso del lenguaje. Esta misma autora describe la manera como puede definirse el verbo cuidar. El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar; en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, definido como "ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona" (6).

Así mismo, el cuidado humano se enfrenta hoy a una realidad, a medida que las civilizaciones fueron evolucionando y generando prácticas de cuidado entregando al mundo moderno y contemporáneo, el surgir de profesiones volcadas hacia el rescate del valor del ser humano, se fueron generando situaciones de salud que pasaron de las primeras epidemias y enfermedades infectocontagiosas, a situaciones enmarcadas en problemas que afectan la salud pública de una región, un país un continente o bien el mundo; surge entonces el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, que se reconocen actualmente como un reto para todos los organismos de salud a nivel mundial, junto con la reemergencia de las enfermedades infecto contagiosas.

El patrón epidemiológico en América Latina determina que la enfermedad crónica ocupa los primeros lugares de morbi mortalidad, esto se debe a los cambios en el estilo de las personas y en los avances tecnológicos que aumentan la sobre vida de los pacientes.(8). De igual forma, este cambio en el perfil epidemiológico presenta retos significativos; el cuidar de un familiar que es dependiente, cambia la dinámica de los seres humanos, porque los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas y afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico. El cuidador se ve en la necesidad de modificar su vida para asumir tareas especiales, generándose con frecuencia sobrecargas, preocupaciones y estrés, factores dados por la responsabilidad de cuidar a otra persona (9).

Por ello la cronicidad independientemente si se da en un adulto, un adolescente, un niño, una mujer o un hombre, se identifica como una situación grave en la cual la dependencia, el cambio de rol y dinámica familiar, unido al aislamiento social y la sobrecarga del cuidado, genera la necesidad no solo de estudiar el fenómeno en sí, sino de indagar desde las teorías del cuidado humano la manera como la enfermeras pueden brindar a pacientes y cuidadores las mejo

res alternativas para convivir con la enfermedad crónica así como también de cuidar de si mismos; en ese orden de ideas la meta fundamental es mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Podría entonces considerarse, tomando desde las bases del cuidado y los aportes de los diferentes autores, que las cuidadoras de pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores deben tener en cuenta los elementos que la ciencia y el arte de la Enfermería provee para desde un ámbito multidimensional brindar a éstos el cuidado con holicidad y unicidad, introduciéndose además en el cuidado humano transpersonal, donde cada elemento del cuidado

Por ello el reto para las enfermeras de este segundo decenio del siglo XXI, es el buscar la manera de comprender la vivencia de las personas y su grupo familiar en situación de cronicidad como un todo, de tal manera que puedan reconocer sus necesidades personales, colectivas, y lograr satisfacer las expectativas con el cuidado que se brinda; evitar la aparición de complicaciones y fortalecer el rol de un cuidador que si bien ha ido adquiriendo habilidades para cuidar, necesita mejorar su autocuidado; sería interesante indagar acerca del significado que tiene el cuidado para los cuidadores familiares de enfermedad crónica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quintero, Maria Clara. Una mirada desde la historia del arte. La investigación y el cuidado de enfermería en América Latina. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo del cuidado 2005. 45 - 51
2. Ibañez, Luz Eugenia. Enfermería; un viaje a través del cuidado de lo humano. Universidad Industrial de Santander 2013. 25 – 31.
3. Krendert, Sherin Luz. Reflexiones sobre el cuidar – cuidado de enfermería: estudio etnográfico en docentes de enfermería Universidad Nacional Mayor de San Marcos.index [Internet]. Tesis doctoral. 2006 [citado [citado 2022 Nov 05] Recuperado a partir de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2927/1/krederdt\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2927/1/krederdt_as.pdf)
4. Urra E, Jana A, Garcia, M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidado trasnpersonal. Ciencia y enfermería, 17(3), 11-22. 2011. [citado 2022 Nov 05] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>.

5. Quintero B, Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad* 2001XXVI16-22. [citado 2022 Nov 05] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87011272002>.
6. Gonzalez G, Bracho C, Zambrano A, Marquina M, Guerra C. El cuidado humano Como valor en ejercicio de los profesionales de la salud. 2012. [citado 2022 Nov 05] Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4pdf>.
7. Caro, S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor: una perspectiva humana. *En Salud Uninorte Barranquilla* 25(1) 172-178; 2009. Internet. [citado 2022 Nov 05] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>
8. Oviedo H, Rivas A, Caballero M. Calidad de vida del cuidador familiar del paciente con insuficiencia renal crónica terminal. *Actualizaciones en Enfermería*. 16(4) 18-28.2013. Internet [citado 2022 Nov 05] Disponible en <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/calidad-de-vida-del-cuidador/>
9. Barrera, Lucy; Pinto, Natividad y Sanchez, Beatriz. El enfermo crónico y su cuidador familiar. En: *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Capítulo 1. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2010 , p. 25. [citado 2022 Nov 05]
10. Pinto, N. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes. *La investigación y el cuidado de enfermería en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo del cuidado 2005.303:322.
11. Baez, F, Nava V, Ramos L. El significado del cuidado en la practica profesional de Enfermería *Aquichan* 9(2) 2009. [citado 2022 Nov 05]
12. Rodriguez,VA. Valenzuela,S. Teoria de los cuidados de Swanson ysus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermeria profesional en Chile. *Enfermería Global*. No. 28 octubre 2012. Internet. [citado 2022 Nov 05] Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141391/139041>
13. Hernández Vergel Lázaro Luis, Zequeira Betancourt Dulce Maria, Miranda Guerra Amauri de Jesús. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2022 Nov 05] ; 26(1): 30-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007&lng=es).

## Conocimiento y uso de anticonceptivos en madres adolescentes Knowledge and use of contraceptives in adolescent mothers

Clarisa Luna-Ferrales<sup>1</sup>, Rosalva del Carmen Barbosa-Martínez<sup>2\*</sup>

### Resumen

**Introducción:** El embarazo en la adolescencia y la maternidad, es un problema complejo de salud pública que persiste a nivel mundial, por presentar mayor riesgo de complicaciones y muerte. La falta de conocimiento en anticoncepción, repercute en el uso de anticonceptivos y pone en riesgo a las madres adolescentes para un embarazo subsecuente. **Objetivo:** determinar la relación del conocimiento en anticonceptivos, sobre el uso de anticonceptivos en un grupo de madres adolescentes, del municipio de Chihuahua, México. **Metodología:** Estudio tipo cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional y transversal, con 330 madres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, que acudían a los servicios amigables, muestreo no probalístico. Se utilizaron dos instrumentos para medir el conocimiento y uso de anticonceptivos. **Resultados:** Los hallazgos revelaron que el nivel de conocimiento en madres adolescentes es bajo, mientras que el nivel de uso de anticonceptivos es medio. Existe una influencia positiva con un efecto pequeño, del conocimiento de anticonceptivos en el uso de anticonceptivos de las madres adolescentes. **Conclusiones:** Es necesario reforzar aquellos programas de educación sexual y reproductiva, que contemple a la adolescente en la maternidad.

**Palabras claves:** Adolescente, Embarazo en adolescencia, conocimiento de anticonceptivos, uso de anticonceptivos

### Abstrac

**Introduction:** Adolescent pregnancy and childbearing, is a complex public health problem that persists worldwide. It presents a higher risk of complications and death. Lack of contraceptive knowledge has repercussions on the use of contraceptives and puts adolescent mothers at risk for subsequent pregnancy. **Objective:** To determine the relationship between contraceptive knowledge and contraceptive use in a group of adolescent mothers in the municipality of Chihuahua, Mexico. **Method:** Quantitative study, descriptive, correlational and cross-sectional design, with 330 adolescent mothers between 12 and 19 years of age, non-probabilistic sampling, who attended the friendly services. Two instruments were used to measure knowledge and use of contraceptives. **Results:** The findings revealed that the level of knowledge in adolescent mothers is low, while the level of contraceptive use is medium. There is a positive influence, with a small effect, of contraceptive knowledge on the contraceptive use of adolescent mothers. **Conclusion:** It is necessary to reinforce those sexual and reproductive education programs, which contemplate the adolescent in motherhood. **Key words:** Adolescent, adolescent pregnancy, contraceptive knowledge, contraceptive use.

1 Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nutriología, Chihuahua, México.

2 Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería y Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) Monterrey, Nuevo León, México.

Responsable de correspondencia, dirección electrónica: rossy\_barboza@yahoo.com.mx

## Introducción

El embarazo y la maternidad en la adolescencia, continúan siendo un desafío en lugares con pobreza y pobreza extrema, acceso inadecuado a servicios de salud reproductiva y bajo capital social (Bacher & Alzueta, 2019; Barona et al. 2017; Cox et al., 2017). Es considerado como un problema de salud pública, por presentar mayor riesgo de complicaciones y muerte en el binomio madre e hijo, además de presentar problemas psicológicos, sociales y económicos (Galvão et al., 2018; Guerrero, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), del total de nacimientos a nivel mundial, alrededor del 11% se presentan en adolescentes entre 15 y 19 años, registrándose la mayoría en países de ingresos bajos o medianos y las complicaciones de índole biológico, son la primera causa de muerte en este grupo de edad (OMS, 2019). Las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, a nivel mundial, se reportan en 46 por cada 1000 adolescentes, en América latina y el Caribe presentan 66.5 nacimientos por cada 1000 (OMS, 2019). En México en el año 2017, dos de cada diez nacimientos fueron de una mujer menor de 20 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

Para el año 2017 en el estado de Chihuahua la razón de mortalidad materna fue de 71.4, la más alta en el país en menores de 19 años y en el 2018 reporto un 19.13% dentro de las entidades con mayor porcentaje de embarazo subsecuente en el país (INEGI, 2018). González (2016) refiere que más de 50% de las madres adolescentes continúan siendo sexualmente activas en los primeros tres meses después del parto y más de la mitad no usan anticonceptivos.

Uno de los factores de riesgo que se relacionan con el embarazo en adolescentes, es el desconocimiento de métodos anticonceptivos. Flores-Valencia et al, (2017) refieren, que el conocimiento permite tomar decisiones libres sobre la sexualidad, de manera

que si la adolescente cuenta con conocimiento de uso de anticonceptivos, puede de manera autónoma posponer el inicio de su vida sexual y la maternidad, mediante la abstinencia sexual o la utilización de algún método anticonceptivo.

En México, un elevado porcentaje de adolescentes no cuenta con un adecuado nivel de conocimientos en aspectos sexuales y reproductivos y tienden cada vez, a iniciar su vida sexual, desprovistos de información acerca de su sexualidad y de las consecuencias que pudieran llevar su vida sexual activa, incluidas las responsabilidades que conlleven estas prácticas (Pérez-Blanco & Sánchez-Valdivieso, 2020).

En cuanto al uso de anticonceptivos, de acuerdo con Villalobos et al., (2020), reportan que al comparar entre los años 2012 y 2018-2019, a partir de las encuestas de nacionales de salud y nutrición, el patrón de uso de métodos anticonceptivos (MAC) modernos, observaron un decremento en el reporte de no uso de MAC, tanto en la primera (33.4 vs. 26.1%,  $p < 0.05$ ), como en la última relación sexual (36.8 vs. 28.5%,  $p < 0.05$ ).

En un estudio cuanti-cualitativo sobre anticoncepción y maternidad realizado por Cogna y Binstok (2017), referente al uso efectivo reportaron que el 74,2% de las encuestadas usan un método anticonceptivo “siempre” y un 12,2% “la mayoría de las veces”. Los métodos más utilizados fueron la píldora (40,7%) y el preservativo (37,0%), solo el 13,2% utilizaba un método de mediana o larga duración (inyectable o dispositivo intrauterino), los principales motivos reportados por quienes “nunca” usaban métodos (13,6%) fueron estar buscando un embarazo (27,6%) y la oposición de la pareja (27,6%).

Para este trabajo, el conocimiento de anticonceptivos se refieren al abordaje de la fisiología reproductiva; modo de uso, mecanismos de acción, efectos secundarios, eficacia y contraindicaciones de los méto-

dos anticonceptivos; Infecciones de transmisión sexual y anticoncepción de emergencia (Haynes et al., 2017). La madre adolescente conoce al menos algunos métodos anticonceptivos, por su eficacia la capacidad de evitar un embarazo, por su seguridad identifica la capacidad del método para alterar positivamente o negativamente su salud, por su reversibilidad reconoce la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el método, por su facilidad o complejidad que el adolescente identifique, por su costo, recomendables o preferentes para adolescentes identifica las características de los métodos, abstinencia, métodos naturales, métodos de barrera, hormonales, dispositivos, permanentes, la anticoncepción de emergencia y el método de doble o combinado (Peláez-Mendoza, 2016).

En cuanto al uso de anticonceptivos, se define como la utilización de métodos anticonceptivos de la madre adolescente, pueden ser de corta o larga duración y favorece a la prevención o postergación de un embarazo subsecuente. De acuerdo a Jaccard et al (1996) el uso de anticonceptivos, es el comportamiento hacia la utilización de anticonceptivos, referido en cuatro aspectos principales, la elección anticonceptivo como la decisión que toma la madre adolescente acerca del uso de un anticonceptivo y el método a utilizar; la consistencia en el uso de métodos, es la proporción de veces que una madre adolescente usa un método anticonceptivo, todas las veces que participa en una relación sexual durante un periodo de tiempo específico; la precisión en el uso del método, es el uso correcto de un método anticonceptivo, cada vez que una madre adolescente tiene en una relación sexual; y la continuidad en el uso de método, es el momento en el que las madres adolescentes tendrán un método más preferido y que identificarán como su método principal.

El presente trabajo nace del proyecto de tesis de Doctorado en Ciencias en Enfermería, denominado: “Empoderamiento de uso

de anticonceptivos en madres adolescentes para prevenir el embarazo subsecuente; abordaje mixto”, de la fase cuantitativa. Con las variables de referencia conocimiento de anticonceptivos, como variable independiente y uso de anticonceptivos como variable resultado. Con el objetivo de determinar la relación del conocimiento en anticonceptivos, sobre el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, en el municipio de Chihuahua, México.

### Metodología

En el presente estudio emerge de la fase cuantitativa del proyecto principal, con dos variables, con un diseño descriptivo, correlacional y transversal (Grove & Gray, 2019). La población fueron madres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad, que estuvieran usando o no algún método anticonceptivo, residentes de la Ciudad de Chihuahua y que asistían al programa de servicios amigables, en los centros de salud de la Secretaría de Salud. Se excluyeron a madres adolescentes embarazadas al momento del abordaje. Se eliminaron aquellas madres adolescentes que no completaron el 100% de los instrumentos, que refirieron haber cursado por abuso sexual producto de su embarazo o con algún problema psiquiátrico.

La muestra fue calculada por el programa NQuery Advisor, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de  $r^2 = .09$  y una potencia de prueba del 90%, para un modelo de regresión lineal múltiple, dando como resultado un tamaño de muestra de 330 participantes. Para los datos sociodemográficos se aplicó una cedula de datos elaborada por el investigador principal.

La medición de la variable Conocimiento de anticonceptivos, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Conocimiento Anticonceptivo, de Haynes et al. (2017), el cual evalúa la información de las personas acerca de fisiología reproductiva, mecanismos de acción, eficacia, conceptos erróneos, anticoncep

ción de emergencia, entre otros. Consta de 25 preguntas de opción múltiple con única respuesta. Un ejemplo de pregunta es ¿cuál de las siguientes opciones puede hacer que los métodos anticonceptivos no funcionen bien?, un ejemplo de respuesta es “todas las anteriores”. La evaluación de la escala se obtiene calculando el promedio total de las preguntas correctas, en una escala de cero a cien, lo cual indica a mayor calificación mayor conocimiento. La validez de contenido se ha reportado sin diferencias significativas y con una confiabilidad test-re-test de  $r = .79$  y una consistencia interna del instrumento de  $.84$ .

Para la variable uso de anticonceptivos se utilizó la escala de conducta anticonceptiva de Contraceptive behavior scale (Jaccard et al., 1996). El uso de anticonceptivos está determinada por la conducta anticonceptiva y se evalúa en cuatro principales facetas; el uso de anticonceptivos, la elección del método, el uso sostenido y correcto de anticonceptivos y tener un método preferido. Esta escala cuenta con cinco declaraciones, un ejemplo de afirmación es; “yo uso anticonceptivos, cada vez que tengo sexo”. Las opciones de respuestas son de tipo Likert y van de uno a cuatro; En donde 0 (no corresponde) hasta 4 (corresponde totalmente). La evaluación de este instrumento se realiza a través de índice, en donde el total del puntaje va e 0 a 20 y la interpretación es a mayor puntaje mayor comprensión de la conducta anticonceptiva. Esta escala presento una consistencia interna de  $.87$ .

Para la recolección de la información, una vez que se obtuvo la autorización del Comité de Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de las autoridades de la Secretaria de Salud, se acudió a los centros de salud y al hospital, donde se abordaron a las madres adolescentes en la sala de espera y se les invito a participar, se les explico el objetivo del proyecto y se les proporcionó el consentimiento informado y

asentimientos en caso de menores de edad, para su lectura y firma correspondiente. El presente estudio cumplió cabalmente con los criterios donde deben someterse en caso de investigación científica, dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), de acuerdo a la última reforma publicada en el 2014.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26, se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Se realizaron pruebas no paramétricas ya que los datos no presentaron normalidad, se obtuvieron frecuencias y porcentajes y se analizaron las relaciones de las variables con modelos de regresión lineal.

### Resultados

La media de edad de las participantes fue de 17.6 años ( $DE=1.38$ ) con un rango de 13 a 19 años; en cuanto al estado civil, el 43% (142) refiere estar soltera, 42.4% (140) se encuentran cohabitando o en unión libre. El 46.6% (154) refiere que vive con el padre de su hijo o con su pareja actual y 43% (142) vive con sus padres (**Tabla 1**).

Los resultados de la variable de conocimiento de anticonceptivos, se puede observar en la tabla 2, frecuencias y porcentajes respecto a las respuestas correctas e incorrectas. Se identifica que 97% (320) de las madres adolescentes, desconocen la efectividad de la pastilla del día.

siguiente, después de una relación. Un 93.3% (308) de las madres adolescentes desconocen el uso del anillo vaginal, seguido del 83.9% (277) que desconocen que medicamentos para convulsiones, virus de inmunodeficiencia humana y suplementos de hiervas, pueden afectar el funcionamiento de los métodos anticonceptivos. (**Tabla 2**) De acuerdo a los resultados se obtuvo un promedio calificado en una escala de cero a 100, obteniendo como resultado  $M=34.91$  ( $DE=17.18$ ,  $Mín.=0$ ,  $Máx.=80$ ), estos resul

Tabla 1

*Características sociodemográficas generales*

Características		<i>f</i>	%
Edad	13-16	70	21.2
	17-19	260	78.8
Estado Civil	Soltera (nunca casada)	142	43.0
<i>(Continúa)</i>			
Características		<i>f</i>	%
	Casada	38	11.5
	Cohabitando o en unión libre	140	42.4
	Viuda	3	9.0
	Divorciada	0	0
	Separada	7	2.1
Actualmente vive con	Padres	142	43.0
	Familiares	25	7.6
	El padre de mi hijo	106	32.1
	Pareja actual	48	14.5
	Sola	8	2.4
	Amigos o conocidos	1	0.3

Nota:  $n=330$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje

Tabla 2

*Instrumento de Evaluación del Conocimiento Anticonceptivo-ECA*

Pregunta	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Durante el ciclo menstrual...	92	27.9	238	72.1
2. ¿Cuánto tiempo pueden durar vivos...	75	22.7	255	77.3
3. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA...	173	52.4	157	47.6
4. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA sobre ...	167	50.6	163	49.4
5. ¿Qué método anticonceptivo garantiza...	139	42.1	191	57.9

(Continúa)

Pregunta	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
6. ¿Cuál es el único método anticonceptivo...	228	69.1	102	30.9
7. Todo lo siguiente es VERDADERO sobre el uso...	123	37.3	207	62.7
8. ¿En cuál de las siguientes formas, vienen los métodos...	137	41.5	193	58.5
9. ¿Cuál NO es un beneficio del uso de los métodos...	95	28.8	235	71.2
10. ¿Cuánto tiempo debe permanecer en su lugar...	22	6.7	308	93.3
11. ¿Cuál de las siguientes opciones puede hacer...	53	16.1	277	83.9
12. ¿Cómo funcionan las pastillas anticonceptivas?	97	29.4	233	70.6
13. ¿Cuáles de los siguientes ingredientes pueden...	94	28.5	236	71.5
14. En cuál de las siguientes situaciones NO debe...	68	20.6	262	79.4
15. ¿Cuánto tiempo después de que una mujer deja de usar...	126	38.2	204	61.8
16. Si olvida tomar una pastilla anticonceptiva...	69	20.9	261	79.1
17. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA...	122	37.0	208	63.0
18. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos...	149	45.2	181	54.8
19. ¿Qué método anticonceptivo no es...	103	31.2	227	68.8
20. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el DIU	126	38.2	204	61.8
21. ¿Qué método anticonceptivo es el mejor...	100	30.3	230	69.7
22. ¿Qué opción es FALSA sobre los DIU...	89	27.0	241	73.0
23. ¿En qué parte del cuerpo, el médico coloca el implante...	241	73.0	89	27.0
24. ¿Qué tan pronto después de la relación sexual...	10	3.0	320	97.0
25. ¿Cómo puede obtener la pastilla del día siguiente?	185	56.1	145	43.9

Nota: *n*= 330, *f*= frecuencia, %= porcentaje

tados indican que las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bajo, dado que a mayor puntaje mayor conocimiento. En la **tabla 3** se observa que 49.1% (162) de las participantes, presentan un nivel bajo de conocimientos en anticonceptivos, lo cual indica que las madres adolescentes desconocen los aspectos relacionados con la fisiología reproductiva, el tipo y uso de métodos anticonceptivos, aun después de haber parido a su hijo o hija.

Los resultados de la variable uso de anticonceptivos, se observa que 32.1% (106) de las madres adolescentes refirieron que, corresponde totalmente el tener un método anticonceptivo preferido, seguido del 28.2% (93) que reportan, poner atención a cualquier información sobre anticoncepción. Mientras que un 22.4% (74) de las madres adolescentes refieren que, no corresponde, que cada vez que tienen sexo, practica la anticoncepción (**Tabla 4**).

Se calculó el índice de la Escala de conducta anticonceptiva, con la que se midió la variable uso de anticonceptivos, obteniendo como resultado  $M=55.98$  ( $DE=28.56$ ,  $Mín.=10$ ,  $Máx.=100$ ) lo cual indica que las madres adolescentes tienen una conducta anticonceptiva media. En la **tabla 5** se observa que 51.2% (169) de las madres adolescentes, se ubican en un nivel medio de la conducta anticonceptiva.

Para responder al objetivo planteado determinar si el conocimiento en anticonceptivos influye en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes, del municipio de Chihuahua, se realizó un análisis de regresión lineal, como variable independiente el conocimiento de anticonceptivos y como variable dependiente el uso de anticonceptivos. Se pudo apreciar que el modelo fue significativo,  $R^2 .107$  ( $F [1,330]=39.210$ ,  $p<.01$ ), lo cual explica el 10.7% de la varianza total. Destacando una influencia positiva con un efecto pequeño, del conocimiento de anticonceptivos en el uso de anticonceptivos de las madres adolescentes (**Tabla 6**).

## Discusión

De acuerdo a los datos sociodemográficos generales como la edad, estado civil y actualmente vive con, la mayoría de las madres adolescentes se encuentran entre los 17 y 19 años, sin embargo más de un cuarto correspondió al grupo de entre 13 y 16 años de edad. Algunos estudios recientes refieren que en América Latina y el Caribe, el embarazo en adolescentes persiste como un problema de salud pública común en menores de 20 años de edad (OPS, 2019), esto pudiera indicar que el problema está arraigado en comunidades latinoamericanas.

En cuanto al estado civil se observa que el estar soltera o cohabitando con su pareja, casi coinciden porcentualmente, con una diferencia mínima y representa menos de la mitad, el hecho de ser madre adolescente soltera, la sociedad a menudo las ve como adolescentes irresponsables, promiscuas y ambivalentes acerca de sus futuras metas educativas y profesionales (Powers et al., 2021), lo que pudiera preceder a una relación espontánea, no planeada o abandono del padre de su hijo, o a la intersección de los padres de la madre adolescente, pudiera interponerse entre la relación de la hija por ser menor de edad con el padre de su hijo o por no aprobar la relación, porque piensan que no es un buen hombre para ella. Otro aspecto importante es que más de la mitad de las madres adolescentes se encuentra cohabitando con su pareja o el padre de su hijo, situación que incrementa el riesgo de un embarazo subsecuente, ya que la autonomía en la toma de decisiones, en el uso de anticonceptivos, es generalmente baja o en algunos casos nula para la madre adolescente (Shahabuddin et al., 2016). En este sentido Villalobos-Hernández et al., (2015) refieren que, las adolescentes con embarazo previo que viven con su pareja, tienen ocho veces más posibilidades de experimentar un embarazo subsecuente no planeado.

Tabla 3

*Nivel de conocimiento anticonceptivo en madres adolescentes*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	162	49.1
Medio	153	46.4
Alto	15	4.5

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

Tabla 4

*Escala de conducta anticonceptiva*

Enunciado	No corresponde		Casi no corresponde		Corresponde algo		Casi corresponde		Corresponde totalmente	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Yo practico la anticoncepción ...	74	22.4	51	15.5	79	23.9	57	17.3	69	20.9
2. Yo tengo un método anticonceptivo ...	58	17.6	43	13.0	55	16.7	68	20.6	106	32.1
3. Yo pongo atención a cualquier ...	37	11.2	43	13.0	78	23.6	79	23.9	93	28.2
4. Cuando dudo de la seguridad de un ...	58	17.6	55	16.7	80	24.2	72	21.8	65	19.7
5. Yo uso métodos Anticonceptivos ...	54	16.4	48	14.5	64	19.4	73	22.1	91	27.6

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

Tabla 5

*Nivel de uso de anticonceptivos*

Nivel	<i>f</i>	%
Bajo	81	24.5
Medio	169	51.2
Alto	80	24.2

Nota:  $n= 330$ ,  $f=$  frecuencia,  $\%=$  porcentaje

Tabla 6

*Modelo de regresión lineal del conocimiento de anticonceptivos con uso de anticonceptivos*

Variable	B	SE	Beta	p	IC 95%	
					LI	LS
Conocimiento de anticonceptivos	.056	.019	.169	.003*	.019	.094

Nota:  $n=330$ ,  $\beta$ =Beta no estandarizado, SE=Error estándar, Beta=Beta estandarizado, IC=intervalo de confianza, p= valor de p, LI=Límite inferior LS=Límite superior, \* $p<.01$

De acuerdo al conocimiento anticonceptivo, se identificó que la mayoría de las madres adolescentes, desconocen sobre anticoncepción, inclusive después de haber cursado por un embarazo previo. Estos resultados coinciden con Hernández-Manayay et al. (2017), que reportan que el desconocimiento de anticonceptivos, es un factor determinante para la presencia de embarazos en adolescentes y la repetición del mismo, esta situación pudiera deberse a que su estudio fue en población en situación de riesgo, como que las madres adolescentes se encontraban en convivencia con sus parejas sentimentales además encontraron que menos de la mitad de su población presentó un nivel bajo de conocimiento.

El conocimiento de anticonceptivos tiene una influencia positiva con el uso de anticonceptivos, es decir a mayor conocimiento de la madre adolescente, mayor uso de anticonceptivos, esto favorece a la conducta anticonceptiva, ya sea para su elección o para la identificación de efectos secundarios. El tener información da poder de decisión y eso empodera a la adolescente en la conducta anticonceptiva cuando determina el tipo de anticonceptivo utilizar. Como lo reporta García E, (2021) que el nivel de conocimiento en mujeres con al menos un embarazo, de métodos anticonceptivos,

está relacionado positivamente con el uso de anticonceptivos. Lo anterior concuerda con Del Pino (2015) que reporta en un estudio, que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se relaciona de manera significativa con su uso en madres adolescentes.

En cuanto al uso de anticonceptivos se identificó que la mayoría de las madres adolescentes se encontraron en un nivel medio, esto quiere decir que por lo menos utilizan algún método anticonceptivo, estos resultados pudieran estar relacionados a que las madres adolescentes se encuentran cohabitando con su pareja actual. Estos resultados coinciden con lo reportado por Villalobos-Hernández et al., (2015), que reportan que la mayoría de las madres adolescentes que cohabitan con sus parejas tienen mayor probabilidad de usar anticonceptivos, pero también presentan mayor riesgo de embarazo subsecuente.

**Conclusión**

A pesar que las madres adolescentes han recibido en algún momento información anticonceptiva, sobretudo en el momento que nació su hijo, es necesario reforzar aquellos programas de educación sexual y reproductiva, que contemple su realidad en la maternidad. Se requiere de programas y políticas públicas que integren la educación sexual

en todo el proceso formativo de las niñas y los niños, que les permita conocer sus derechos sexuales y reproductivos para su vida futura.

## Referencias

- Bacher, S. B., y Alzueta, C. (2019). Comunicación y educación en la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. *Comunicación*, (40), 53-64.
- Barona, R. C., Oliveros, H. L. V., y Amaya, R. M. R. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 290-300.
- Gogna, M., y Binstock, G. (2017). Contraception and maternity: Findings of a qualitative study with 18- and 19-year-olds in four provinces of Argentina. *Salud Colectiva*, 13(1), 63-72.
- Cox, J. E., Harris, S. K., Conroy, K., Engelhart, T., Vyavaharkar, A., Federico, A., y Woods, E. R. (2019). A parenting and life skills intervention for teen mothers: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 143(3).
- Del Pino Duymovich D. (2015). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del "Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján. (Tesis Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., y Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19, 374-378.
- García Cantú, E. J. (2021). Conocimiento sobre el uso de anticonceptivos en pacientes adolescentes (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Galvão, R. B., Figueira, C., Borovac-Pinheiro, A., Paulino, D., Faria-Schützer, D., y Surita, F. (2018). Hazards of repeat pregnancy during adolescence: a case-control study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(8), 437-443.
- González, A. E. (2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 81(5):354-359. doi:10.4067/s0717-75262016000500002 [ Links ]
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier Health Sciences.
- Guerrero, J. (2020). Disminución desigual de las tasas de fecundidad en adolescentes de 32 países de la Región de las Américas, 1960-2019. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e71.
- Hernández-Manayay, M., Huamán-Montañón, E., Pérez-Taboada, G., y Gálvez-Díaz, N. D. C. (2017). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de adolescentes primigestas en una población rural.
- Haynes, M. C., Ryan, N., Saleh, M., Winkel, A. F., y Ades, V. (2017). Contraceptive Knowledge Assessment: validity and reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception*, 95(2), 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.002>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. In Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (Vol. 7). [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. INEGI. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)
- Jaccard, J., Helbig, D. W., Wan, C. K., Gutman, M. A., y Kritz-Silverstein, D. C. (1996). The prediction of accurate contraceptive use from attitudes and knowledge. *Health Education Quarterly*, 23(1), 17-33.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en

salud sexual y reproductiva. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>

Peláez-Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Secretaría de Salud. (2002).

Pérez-Blanco, A., & Sánchez-Valdivieso, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 508-515.

Powers, M. E., Takagishi, J., Alderman, E. M., Chung, R. J., Grubb, L. K., Lee, J., ... y Vanderbilt, D. L. (2021). Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics*, 147(5).

Secretaria de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. Texto Vigente Última reforma publicada DOF 02-04-2014

Shahabuddin, A. S. M., Nöstlinger, C., Delvaux, T., Sarker, M., Bardají, A., Brouwere, V. D., y Broerse, J. E. (2016). What influences adolescent girls' decision-making regarding contraceptive methods use and child-bearing? A qualitative exploratory study in Rangpur District, Bangladesh. *PloS one*, 11(6), e0157664.

Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hubert, C., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., Hernández-Serrato, M. I., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 648-660.

Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & de la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en

México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135–143.

## Valoración de la eficacia de la termonebulización a base de glutaraldehído al 2%

Vasco Barragán Ligia Daniela<sup>1</sup>; Escobar Zabala Oscar Daniel<sup>1\*</sup>; Quishpi Lucero Verónica Cecilia<sup>1</sup>, Moreno Rueda Marco Vinicio<sup>1</sup>

### Resumen

La aparición de virus y microorganismos que pueden ser dañinos para los humanos ha requerido la aplicación de métodos, tecnologías y soluciones de esterilización. Este estudio se realizó para evaluar los efectos de la esterilización por termonebulización y la esterilización por ozono para reducir estos compuestos en los sillones dentales. Se decidió utilizar 70 g de alcohol hidratado, glutaraldehído líquido y glicerol como baño María al tomar muestras del sillón dental. y muestras después de la esterilización con niebla térmica de ozono. Se utilizó agar sangre para la cuantificación microbiológica antes y después del nacimiento. Con un 95 % de confianza, este método se recomienda para la desinfección de sillones dentales. Han surgido nuevos virus que han afectado a toda la población, y el objetivo principal de este estudio es examinar los métodos, y agentes infecciosos que afectan las epidemias, las enfermedades y la producción de nuevas patologías. La desinfección con ozono reduce el número de bacterias en los sillones dentales. Dependiendo de la naturaleza de las bacterias, se requiere una evaluación detallada y un seguimiento de la contaminación del suelo y del medio ambiente, y se decide utilizar determinadas técnicas para realizar una adecuada investigación sobre la eficacia de las termonebulizaciones en el área odontológica.

**Palabras clave:** Ozono, Agentes de Control de Microorganismos, Clínicas Odontológicas.

### Abstrac

The appearance of viruses and microorganisms that can be harmful to humans has required the application of sterilization methods, technologies, and solutions. This study was conducted to evaluate the effects of thermofog sterilization and ozone sterilization by reducing these compounds in dental chairs. 70 g of hydrated alcohol, liquid glutaraldehyde and glycerol were used as a water bath when taking samples from the dental chair. As well, samples were taken after sterilization with ozone thermal mist. Blood agar was obtained for microbiological quantification before and after birth. With a 95% confidence, this method is recommended for disinfecting dental chairs. New viruses have emerged, which have affected the entire population, and the main objective of this study is to examine the methods and infectious agents that evolve epidemics, diseases, and the production of new pathologies. Ozone disinfection reduces the number of bacteria in dental chairs. Depending on the nature of the bacteria, a detailed evaluation and a monitoring of soil and environmental contamination is required, and it is decided to use specific techniques to carry out an adequate investigation on the effectiveness of thermal fogging in the dental area.

**Keywords:** Ozone, Microorganism Control Agents, Dental Clinics.

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Chimborazo - Ecuador

\*Responsable de correspondencia, dirección electrónica: oescobar@unach.edu.ec

## Introducción

Debido al aumento de las necesidades médicas y estomatológicas de los pacientes y supervisores de las clínicas, es importante desinfectar las áreas de trabajo para minimizar los riesgos durante los períodos de intervenciones odontológicas. Por lo tanto, la descontaminación del sitio, el equipo y el medio ambiente es el método más efectivo. Estos temas son muy importantes y deben tomarse en serio durante la implementación del proyecto de termonebulización. (Lenn-tech, 2020)

Las infraestructuras críticas, sensibles y no sensibles en todas las clínicas de atención médica, incluidas las instalaciones dentales, requieren desinfección alta, media y baja, para evitar posibles brotes y enfermedades en los pacientes. Por lo tanto, la salud bucodental incluye varios métodos para prevenir enfermedades infecciosas, a través de la eliminación de microorganismos por técnicas como el uso de desinfección con vapor de calor después de cada ingreso del paciente, para eliminar los microorganismos en las superficies contaminadas. (María, 2020)

Al enfrentar a una crisis sanitaria mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado que en la enfermedad conocida como Covid 19 es vital la utilización de técnicas de desinfección no como un método de elección sino como un requisito obligatorio. El nuevo coronavirus, comparte aproximadamente el 70% de su secuencia genética con el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2). La propagación del virus cobra cada vez más importancia en las estrategias de atención odontológica preventiva tanto para profesionales como para pacientes. El virus Covid-19 se propaga directamente a través de las vías respiratorias o mediante la tos, el contacto de las glándulas salivales infectadas con las mucosas y los ganglios linfáticos.

Es por eso que se plantea valorar la eficacia de la termonebulización a base de glutaral

dehído al 2%, además comparar los resultados obtenidos al momento de la aplicación de este método de eliminación de microorganismo.

## Material y métodos

La presente investigación, fue de tipo experimental, Se trabajó con la totalidad de la población, conformada por 30 sillones odontológicos, de diferentes clínicas privadas de la ciudad de Riobamba. Se utilizó como técnica de investigación la observación, el instrumento utilizado para la recolección de los datos fue la bitácora.

El proceso investigativo se desarrolló en dos momentos, en el primero (antes) se realizó toma de muestra para estudio microbiológico a tres zonas diferentes del espaldar y reposa cabezas de cada sillón odontológico, sin desinfectarlos. Posterior a esto se aplicó termonebulización a cada unidad estudiada. En el segundo momento (después) se volvió realizar toma de muestra de las mismas partes de la primera medición.

Este algoritmo permitió comparar las cantidades de microorganismos presentes en los sillones odontológicos antes y después de aplicada la desinfección. Los resultados permitieron contrastar la presencia de patógenos en la población de estudio. El instrumento de recolección de datos fue el hisopo estéril y la técnica fue el análisis microscópico de las muestras de laboratorio. A continuación se describen los pasos seguidos para el desarrollo del proceso investigativo. En un periodo de 3 días, cada mañana se realizó el procedimiento de termonebulización a 10 sillones odontológicos para lo cual se empleó todo el equipo de protección personal, para la correcta desinfección de la zona.

De la misma manera se colocó en un tubo de ensayo sellado al vacío, así mismo se llevó a cabo la limpieza con el termonebulizador y el productor de ozono; lo cual se dejó un tiempo de aproximadamente 1 hora para poder tomar la muestra ya con la desin

fección realizada.

Una vez realizada las 10 muestras posteriores a la desinfección se llevó al laboratorio para su estudio, en los cuales cada muestra se colocó en cultivos agar sangre por 48 horas, luego en cada muestra con las tinciones Gram que son pruebas que buscan los diferentes tipos de bacterias, las que se utilizaron fueron:

**La safranina:** es un colorante biológico, de contraste que se utiliza en la Tinción de Gram para proporcionar un color violeta más intenso a las bacterias Gram+ y tinte de rosa a las bacterias G-; en histología y en citología.

**Yodogram:** Se utiliza tanto para poder referirse a la morfología celular bacteriana, como para poder realizar una primera aproximación a la diferenciación bacteriana, considerándose bacterias grampositivas a las que se visualizan de color morado, y bacterias gramnegativas a las que se visualizan de color rosado y rojo.

**Cristal violeta** penetra en todas las células bacterianas (tanto gram positivas como gram negativas) a través de la pared bacteriana. Después de la coloración de contraste las células gram negativas son rojas, mientras que las grampositivas permanecen violetas.

Luego de realizado el procedimiento se contabilizó la cantidad de UFC antes y después de la termonebulización y ozonificación.

**Instrumentos**

Máquina Termonebulizadora FM FOGGER -1500 W, con el líquido desinfectante que está compuesto por 500 ml de alcohol industrial 70°, 500 ml de glutaraldehído y como vehículo tenemos 500 ml de glicerina líquida, 500 ml de agua destilada.

Para la adquisición de las muestras se utilizaron isopos estériles con tubos de ensayo al vacío y cajas Petri totalmente estériles, para el medio de cultivo se utilizó agares sangres que fueron adquiridos en los laboratorios BIM, los cuales también realizaron los cultivos de las muestras. También se

utilizaron las diferentes tinciones Gram en las muestras de las superficies. (Murray, Rosenthal, & Pfaller, 2021)

**Protocolo de transporte de las muestras**

Se llevaron las muestras día por día, en un tubo de ensayo de vidrio estéril con tapa de rosca a temperatura ambiente y debidamente identificado; al laboratorio BIM. Conservándolas a una temperatura ambiente (18-30 grados Celsius).

**Protocolo de procesamiento de muestras**

Al llevar las muestras al laboratorio se cultivaron a una temperatura ideal para el crecimiento de los microorganismos, a los cinco días se realizó la identificación de cada microorganismo.

**Conteo bacteriológico**

Luego de transcurrido el tiempo de cultivo (48 horas), el personal de laboratorio procedió a identificar los microorganismos de cada caja Petri, identificando y estableciendo un conteo de los microorganismos presentes, agrupándolos en familias y estas a su vez en unidades formadoras de colonias (UFC).

**Resultados**

La tabla siguiente resume la información del tipo y cantidad de microorganismos presentes en los sillones odontológicos previo el procedimiento de termonebulización y ozonificación. **(tabla 1).**

Los resultados evidenciaron que más del 70% de microorganismos provenían de familias como *Micrococcus* spp, *Sthaphylococcus* spp y *Bacillus* spp, el 36,7% de correspondía a los *Micrococcus* spp, el 26,7% a *Sthaphylococcus* spp y el 20% a *Bacillus* spp, su presencia masiva radica en el contacto de la piel del paciente con el sillón ya que muchas de estas bacterias se encuentran en la piel de los seres humanos sobre todo en la manos que mantienen contacto directo son la superficie, otro medio de proliferación se produce cuando los pacientes salpican saliva como resultado de los procesos odontológicos.

Se observó porcentajes inferiores al 10% en las familias de Klebsiella spp, Escherichia Colí y Rhizopus spp a pesar de que estos microorganismos son producto de infecciones urinarias, la falta de protocolos de limpieza cuando las personas van al baño hacen que estos se transporten en las manos de los pacientes evidenciando que son estas extremidades las que mayor atención deberían tener previo al uso de los sillones odontológicos. La aplicación de procesos de termonebulización y ozonificación redujo de los 60 microorganismos encontrados en un momento inicial a tan solo 18 microorganismo de estos el 27,8% (5 UFC) pertenecen a los Micrococcus spp, el 61,1% (11 UFC) representan a los Sthaphylococcus spp y apenas el 11,1% (2 UFC) fueron identificados como Bacillus spp (tabla 2).

A pesar de no haber eliminado el 100% de los microorganismos su reducción supera la barrera del 50%, por tanto, el procedimiento puede ser usado por los odontólogos quienes buscan garantizar la inocuidad de su ambiente de trabajo y con ello garantizar la satisfacción de sus pacientes quienes no arrastraron ninguna patología infecciosa luego de la consulta dental.

Con el propósito de determinar la reducción de microorganismos luego de la aplicación de la termonebulización y ozonificación se realiza una comparación del promedio de UFC antes y después de la aplicación del protocolo para todas las familias de los microorganismos presentes, la hipótesis general que respalda los contrastes se describe como sigue

$H_0: \mu_{(UFC \text{ del microorganismo antes de la TO})} = \mu_{(UFC \text{ del microorganismo después de la TO})}$   
 $H_1: \mu_{(UFC \text{ del microorganismo antes de la TO})} > \mu_{(UFC \text{ del microorganismo después de la TO})}$   
 El nivel de significancia fue del 5%

Tabla 1

Distribución de microorganismos antes del uso de la termonebulización y ozonificación

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Micrococcus spp</i>	22	36,7
<i>Staphylococcus spp</i>	16	26,7
<i>Bacillus Spp</i>	12	20,0
<i>Escherichia Colí</i>	3	5,0
<i>Klebsiella spp</i>	1	1,7
<i>Rhizopus spp</i>	6	10,0
Total	60	100,0

Tabla 2

Distribución de microorganismos después del uso de la termonebulización y ozonificación

	Frecuencia	Porcentaje
Micrococcus spp	5	27,8
Staphylococcus spp	11	61,1
Bacillus Spp	2	11,1
Total	18	100,0

## Discusión

Este estudio investigó el efecto de los microorganismos en sillones dentales antes y después de un procedimiento de desinfección con el uso de nebulización y la desinfección de ozono con el objetivo de reducir la infección bacteriana en varios pacientes después de una visita dental. (María, 2020) Las infecciones a menudo ocurren cuando hay la presencia de contaminación, como las infecciones del tracto urinario, que son peligrosas en las mujeres y a menudo, son causadas por microbios en el tracto digestivo, donde los microorganismos se alimentan junto con otras infecciones de la cavidad oral. Los tipos más comunes de infecciones son la neumonía estreptocócica, *Klebsiella pneumoniae* e infecciones por *Pseudomonas*, que involucran microorganismos causantes de infecciones como *Staphylococcus aureus*, que están incrustados en el cuerpo. (Sensagent, 2021) Investigaciones relacionadas con diversidad microbiana en clínicas odontológicas mencionan que la concentración de microorganismos en ambientes de recintos clínicos y hospitalarios, evidencian el impacto de los efectos adversos en los usuarios susceptibles a la contaminación, por falta de un protocolo adecuado de desinfección y normas de bioseguridad, es así como luego de aplicar termonebulización y ozonificación el presente estudio evidencia una reducción significativa de microorganismos en una de las áreas de mayor contagio como son los sillones odontológicos. (Bradley, 2020) Gracias a la combinación de procedimientos como termonebulización y ozonificación se elimina de forma definitiva a la *Klebsiella* spp, *Escherichia Coli* y *Rhizopus* spp y se redujo la presencia de *Micrococcus* spp, *Staphylococcus* spp y *Bacillus* spp, sin embargo, se coincide con los estudios realizados por Lezcano et al. Quien revela que las bacterias Gram positivas como *Staphylococcus aureus* presentan mayor resistencia al ozono pues antes de la desinfección

se contabiliza 60 microorganismos y de ellos el 26% corresponden a *Staphylococcus* para posterior al procedimiento de desinfección observar a 18 microorganismos de los cuales el 61,1% continúan siendo *Staphylococcus*. (Agrofumigadoras, 2021) Por otra parte, la termonebulización es un proceso de pulverización extremadamente fino, que permite la fumigación y desinfección de zonas difíciles de alcanzar, sus altos estándares de eficiencia lo catalogan como un proceso ULV o UBV, de ultra bajo volumen. Actualmente, la esterilización y desinfección son pasos muy importantes en la industria de la salud para evitar el riesgo de infección e infección cruzada. En las clínicas universitarias, públicas y privadas, el tráfico de pacientes es elevado, se incrementa el uso de unidades dentales y se acortan los tiempos de esterilización. Esto aumenta el riesgo de infección si no se siguen las instrucciones básicas para la desinfección adecuada del área antes del procedimiento. (Nordeste, 2018) Se combinan procesos como la nebulización térmica y la ozonización para eliminar de forma permanente *Klebsiella* spp, *Escherichia coli* y *Rhizopus* spp y reducir la presencia de *Micrococcus* spp, *Staphylococcus* spp y *Bacillus* spp, lo que reveló que las bacterias Gram positivas como *Staphylococcus aureus* son más resistentes. Antes de la desinfección había 60 microbios, de los cuales el 26 % eran similares a estafilococos, mientras que después de que se completó la desinfección, se observaron 18 microbios, de los cuales el 61,1 % seguían siendo *B. Staphylococcus*. (Bradley, 2020) La evaporación térmica, por su parte, es un proceso de pulverización muy preciso que permite fumigar y desinfectar espacios accesibles, y sus altos estándares de eficiencia la sitúan en los procesos ULV o UBV de muy bajo volumen. Hoy en día, la esterilización y los desinfectantes son importantes medidas en el sector sanitario

para evitar el riesgo de contagio y contagio cruzado. Las clínicas universitarias, públicas y privadas tienen menor movilidad de pacientes, uso de unidades odontológicas y tiempo de esterilización. El incumplimiento de las instrucciones básicas para la desinfección adecuada del área antes de la cirugía aumenta el riesgo de infección. (Murray, Rosenthal, & Pfaller, 2021).

### Conclusiones

Los métodos de nebulización térmica para la supresión de microorganismos (virus, bacterias, hongos, esporas) se incluyeron en el estudio de desinfección dental, ya que se utilizan debido a su capacidad para llegar a áreas al alcance del ojo humano y en combinación con el ozono son beneficiosos. Tiene un gran efecto bactericida y fungicida, eliminando por completo organismos como *Klebsiella* spp, *Escherichia coli* y *Rhizopus* spp y reduciendo significativamente la presencia de *Micrococci* spp, *Staphylococci* spp y *Bacilli* spp.

Al determinar la presencia de microorganismos en el sillón dental, se puede observar que los más comunes en esta superficie son *Micrococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Bacillus* spp. y en menor medida, pero no descartables, *Klebsiella* spp, *Escherichia coli* son y *Rhizopus* spp.

Se logró una reducción significativa de microorganismos al evaluar la efectividad de las pruebas de desinfección en sillones dentales mediante nebulización y ozonización térmica.

### Referencias

Agrofumigadoras de Colombia S.A.S. (2021). Procedimientos de Desinfección. Recuperado el 13 de Julio de 2021, de: <https://www.agrofumigadoras.com/TERMO-NEBULIZACION%20C3%93N>

Bradley, N. (2020). Recuperado el 14 de Julio de 2021, de Gaceta Dental: <https://gaceta dental.com/2018/12/microflora-oral-todo-lo-que-necesita-saber-75953/>

Brailsford SR, S. B. (Septiembre de 2001). La microflora acidúrica predominante de las lesiones de caries radicales. National Library of Medicine, IX(8).

Colombia, U. N. (2012). Recuperado el 11 de Julio de 2021, de Sistema de Gestión de la calidad de salud: National Cancer Institute. (s.f.) Diccionario de Cáncer. (2020). Recuperado el 14 de Julio de 2021, de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/flora-microbiana>

Lenntech. (2020). Recuperado el 14 de Julio de 2021, de Lenntech: <https://www.lenntech.es/>

María, F. (2020). Tipos de fluidos corporales y sus funciones. Recuperado el 12 de Julio de 2021, de: <https://okdiario.com/salud/tipos-fluidos-corporales-sus-funciones-6491717>

Murray, P. R., Rosenthal, K. S., & Pfaller, M. A. (Abril de 2021). Clasificación, estructura y replicación de las bacterias. Elsevier Connect, IX(I).

Murray, P. R., Rosenthal, K. S., & Pfaller, M. A. Microbiología Médica, 9ª Ed. Elsevier: España 2021

Panizo, M. M., & Reviakina, V. (2001). Adhesinas y receptores involucrados en el fenómeno de adherencia de *Candida albicans* a las células epiteliales. Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología, 21(1), 05-11. Recuperado en 12 de julio de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-25562001000100001&lng=es&tln g=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562001000100001&lng=es&tln g=es).

PulsFOG. (2015). The Pulsfog History. Recuperado el 14 de Julio de 2021, de: <https://www.pulsfog.de/history.html>

Sensagent. (2021). Diccionario Sensagent. Recuperado el 14 de Julio de 2021, de: <http://diccionario.sensagent.com/>

## Mantenimiento del peso saludable en el adolescente: una aproximación cualitativa

Navarro-Rodríguez Diana Cristina<sup>1,2</sup> Guevara-Valtier Milton Carlos<sup>1\*</sup>  
Paz-Morales María de los Ángeles<sup>1</sup> Cárdenas-Villareal Velia Margarita<sup>1</sup>  
Guevara-Ingelmo Raquel María<sup>3</sup>

### Resumen

**Introducción.** El sobrepeso y obesidad son un problema de salud pública en el mundo. El 41.1% de las mujeres y el 35.8% de los hombres adolescentes presentan sobrepeso u obesidad. La conducta promotora de salud que previene este problema es el mantenimiento del peso saludable. **Objetivo.** Comprender la experiencia en el mantenimiento del peso saludable en el adolescente, a partir del Modelo de promoción de la salud.

**Metodología.** Se abordó a un adolescente mediante una aproximación cualitativa de tipo Teoría fundamentada. Se empleó entrevista semiestructurada. Se realizó análisis de contenido con codificación abierta.

**Resultados.** El participante tenía 11 años, IMC de 19.04 kg/m<sup>2</sup>. Se crearon seis categorías, beneficios percibidos, barreras, influencias interpersonales, influencias situacionales, afecto relacionado y plan de acción. Los beneficios fueron la capacidad física, felicidad e inclusión social. Las barreras fueron el etiquetado de alimentos, exposición a medios de pantalla e inactividad física. Las influencias interpersonales fueron la familia, amigos, escuela y redes sociales. Las influencias situacionales fueron disponibilidad de comida chatarra, espacios verdes, barrio inseguro y cafetería escolar. El afecto relacionado fueron las emociones. El plan de acción fue el ejercicio físico, evitar el consumo de comida chatarra, reconocimiento de la saciedad, lectura de etiquetas nutrimentales y regulación de la venta de alimentos escolares.

**Conclusiones.** La alimentación emocional, el apoyo social por redes sociales y familiar, el conocimiento sobre las etiquetas nutrimentales y la participación escolar son de vital relevancia en el mantenimiento del peso saludable.

**Palabras clave.** sobrepeso; obesidad; salud del adolescente; Teoría de Enfermería (DeCS).

### Abstrac

**Introduction.** Overweight and obesity are a public health problem in the world. 41.1% of adolescent women and 35.8% of adolescent men are overweight or obese. The health promoting behavior that prevents this problem is maintaining a healthy weight. **Objective.** Understand the experience in maintaining a healthy weight in teenagers, based on the Health Promotion Model.

**Methodology.** An adolescent was approached through a qualitative approach of the Grounded Theory type. Semi-structured interview was used. Open coding content analysis was performed.

**Results.** The participant was 11 years old, BMI 19.04 kg/m<sup>2</sup>. Six categories were created, perceived benefits, barriers, interpersonal influences, situational influences, related affection, and action plan. The benefits were physical ability, happiness, and social inclusion. Barriers were food labeling, exposure to screen media, and physical inactivity. The interpersonal influences were family, friends, school, and social networks. Situational influences were availability of junk food, green spaces, unsafe neighborhood, and school cafeteria. The related affect was emotions. The action plan was physical exercise, avoiding the consumption of junk food, recognition of satiety, reading nutritional labels, and regulation of the sale of school meals.

**Conclusions.** Emotional eating, social support through social and family networks, knowledge about nutritional labels and school participation are of vital relevance in maintaining a healthy weight.

**Keywords:** overweight; obesity; adolescent health; Nursing Theory (DeCS)

1 Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

2 Hospital General de Zona N°3, Aguascalientes, Instituto Mexicano del Seguro Social.

3 Facultad de Educación, Universidad Pontificia de Salamanca, España.

Responsable de la correspondencia: dirección electrónica: milton.guevaravlt@uanl.edu.mx

## Introducción

El sobrepeso (Sp) y obesidad (Ob) son un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud., 2019), se estima que uno de cada tres y uno de cada cinco presentan esta condición física, respectivamente (Devaux & Vuik., 2019). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México, reporta que el 41.1% de las mujeres y el 35.8% de los hombres adolescentes presentan Sp u Ob (Instituto Nacional de Estadística y Geografía., 2020). Dichos problemas, conllevan a consecuencias físicas, neurocognitivas y sociales. Con relación a ello, los adolescentes son una población vulnerable para presentar Ob, pues, toman decisiones sobre el estilo de vida durante la transición a la adultez (Devaux & Vuik., 2019).

La mayor parte de los estudios han abordado el Sp y Ob de los adolescentes bajo un paradigma positivista, en los que se incluye los hábitos de alimentación, sedentarismo y ambiente obesogénico (Formiguera., 2014; Koike et al., 2018; Téllez., 2019); por lo que, se considera pertinente abordar de manera cualitativa la conducta promotora de salud (Mantenimiento del peso saludable) que previene la enfermedad en cuestión. El mantenimiento del peso forma parte de la Taxonomía de Resultados de Enfermería (NOC), consiste en las acciones personales para mantener el peso corporal óptimo (Moorhead et al., 2018), en este caso el Índice de masa corporal (IMC) ideal para la edad y el sexo del adolescente, establecido en los patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud., 2019).

El objetivo del estudio fue comprender la experiencia en el mantenimiento del peso saludable en el adolescente, a partir del Modelo de promoción de la salud (MPS), específicamente los beneficios, barreras, influencias interpersonales e influencias situacionales.

## Material y Métodos

El presente estudio abordó a un adolescente mediante una aproximación cualitativa de tipo Teoría fundamentada (Souza Minayo., 2009). Los criterios de selección fueron: sexo indistinto, edad entre 10 y 19 años, perteneciente a un sistema educativo escolarizado público o privado, sin tratamiento psiquiátrico y no embarazo. La elección del participante fue por conveniencia.

La entrevista se realizó a través de llamada telefónica, debido a la pandemia COVID-19 con duración de 22 minutos. Se empleó el dispositivo móvil Galaxy A70 para realizar la llamada. Se utilizó la aplicación móvil UCall de Android para grabar la conversación en formato MP3. La transcripción del audio se realizó en computadora portátil HP con Listen N Write Free versión 1.30.0.7 para Windows. Una vez transcrita la entrevista, se exportó a Microsoft Word 2010. El análisis de la información, se realizó con el Software Maxqda 2020. Se aplicó una entrevista semiestructurada que incluían los beneficios de la acción (2 preguntas), barreras para la acción (8 preguntas), influencias personales (4 preguntas) e influencias situacionales (9 preguntas).

Previamente, se realizó llamada al padre del menor para explicarle la finalidad de la entrevista, los riesgos, beneficios del estudio y medio de contacto del entrevistador. El consentimiento informado se apegó a los criterios éticos de la Ley General de Salud en materia de Investigación (Diario Oficial de la Federación., 2014). Posteriormente, el entrevistador se comunicó con el adolescente para obtener el asentimiento informado. Los documentos se proporcionaron de manera electrónica por Whatsapp al padre y se recuperaron de manera escaneada con las firmas correspondientes. Luego, se acordó la hora para realizar la entrevista al adolescente.

Con anticipación, se solicitó el peso y estatura del adolescente. La medición fue realizada por personal médico con báscula de

## CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

pedestal y estadiómetro convencional disponibles en el contexto del padre. Después, el entrevistador realizó el cálculo del IMC y lo comparó con los criterios establecidos por la OMS. La entrevista se realizó en presencia del padre, por lo que no fue posible brindar privacidad al participante. Para conservar el anonimato, el adolescente decidió utilizar un seudónimo. Se conservó el derecho de autonomía durante la entrevista. La confidencialidad de la información se respaldó a través de computadora con contraseña.

El protocolo de transcripción fue el de McLellan et al (2003). El entrevistador revisó la claridad y transcripción de la cinta en tres ocasiones. Se realizó análisis de contenido mediante codificación abierta, línea por línea. Los segmentos de texto más relevantes dieron lugar a la creación de códigos. La asignación de memos fue en función del MPS de Pender et al. (2018). La investigación contó con dictamen favorable de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

### Resultados y Discusión

El participante fue un adolescente hombre de 11 años, con Índice de masa corporal (IMC) de 19.04 kg/m<sup>2</sup>, que cursaba el sexto año de primaria en un sistema educativo escolarizadas de tipo privado. Se crearon seis categorías, que fueron los beneficios percibidos, barreras, influencias interpersonales, influencias situacionales, afecto relacionado y plan de acción (Ver Figura 1). Las preguntas, códigos y segmentos de la entrevista se encuentran en la **Tabla 1**.

Al cuestionar sobre los Beneficios percibidos, definidos como las consecuencias positivas o el refuerzo del mantenimiento del peso saludable (Pender et al., 2018), se emanaron los siguientes segmentos: Beneficios físicos "tú puedes ir, correr, hacer más cosas", "jugar futbol" y "... y-y jugar con mis compañeros". En los beneficios emocionales, se encontró "puedes estar más feliz". Y

en la inclusión social se identificó "te pueden elegir más rápido" y "no te-e pueden juzgar así, que eres más lento o más rápido". Lo anterior, coincide con los beneficios percibidos por otros adolescentes, como la mejoría de la salud, mayor rendimiento en la actividad física, incremento de la autoestima, prevención de la intimidación por pares y mejor imagen corporal (Oliveira Silva et al., 2018). Esta última no fue incluida en la narrativa del participante, situación que puede explicarse por el sexo, pues, la mujer tiende a fijarse más en su apariencia física, por presentar mayor Sp y Ob en comparación al hombre (Instituto Nacional de Estadística y Geografía., 2017, 2020).

En las barreras percibidas, definidas como la indisponibilidad o inconveniencia que impiden mantener un peso saludable (Pender et al., 2018), el adolescente aludió al etiquetado de alimentos. Los segmentos fueron "por ejemplo en la pizza, tienen ahí un signo de pizza" y "las manzanas, pues, no tienen ningún signo o las ensaladas". Al respecto, Poti et al. (2018) mencionan la necesidad de regular los productos alimentarios a partir de la escala NOVA, basándose en el contenido nutrimental y en cuánto los alimentos han sido procesados. Pues, los adolescentes tienden a ingerir alimentos que son de interés visual y apetecibles, de los cuales, los alimentos ultra procesados proporcionan la mayor parte de la energía que consumen.

Otra barrera expresada fue la exposición a medios de pantalla e inactividad física. Al preguntar acerca de la relación entre el Sp y Ob con el tiempo que el adolescente gasta en el uso de internet, videojuegos y televisión, el participante mencionó "en ese tiempo no están haciendo nada de ejercicio" y "solo estar comiendo". Situación considerada como riesgo, ya que, los adolescentes realizan mínimo una comida al día frente a estos dispositivos electrónicos (Robinson et al., 2017) y el sedentarismo tiende a ser mayor a 10 horas por día (Carriere et al.,

2019; García Milian & Creus García., 2016). En las barreras percibidas, el participante no refirió a la economía, posiblemente, porque los jóvenes con peso saludable perciben mejor la disponibilidad de alimentos saludables en casa en comparación a aquellos con Sp u Ob (Flores et al., 2019). Sin embargo, diversos estudios refieren que la economía repercute en la calidad de la comida, asequibilidad en función del precio y disponibilidad para adquirirla (Campbell et al., 2019; García Milian & Creus García., 2016; Mazurek Melnyk et al., 2015; Torres & Rojas., 2018).

Las influencias interpersonales son las cogniciones que envuelven al comportamiento, las creencias y las actitudes de otros que determinan la predisposición de los individuos a mantener un peso saludable. Aquí, los padres, los amigos y los profesionales de la salud, influyen en el comportamiento del adolescente (Pender et al., 2018). Al preguntar, sobre la forma en que la familia puede ayudar a mantener el peso saludable y a realizar ejercicio, el participante respondió que la familia influye "para motivarlo a que sea mejor en, en su vida y (pausa larga)...para no tener sobrepeso". Al respecto, Howe et al. (2018) mencionan que existe una correlación positiva en la influencia de los padres y la actividad física del adolescente. En tanto que, también pueden influir de manera negativa en la visualización de televisión y el sedentarismo.

En la influencia de amigos se identificó el apoyo social por redes sociales. Los segmentos fueron "por las redes sociales, pueden ver videos así de...ejercicios", "pueden conocer personas para hacerlo juntos" y "te enseñan a comer saludable cada semana, o sea, qué comer cada día". En este sentido, diversos autores sustentan que los adolescentes buscan información relacionada con la salud en internet; dentro de los temas indagados, se encuentran la nutrición, ejercicio y salud mental (Chau et al., 2018; Holmberg et al., 2019; Hunter et

al., 2019; Kuss & Griffiths., 2017). Llama la atención que el adolescente no identificó a ningún amigo con exceso de peso, el segmento fue "en nuestro salón, no...no sé si haya alguno con sobrepeso o algo, pero, yo, por lo que yo he visto, pues no". Sin embargo, en este grupo de edad la autopercepción o identificación visual del Sp u Ob se encuentra subestimada, pues, tienen a visualizarse a ellos mismos o a sus compañeros con normopeso.

Al cuestionar sobre las influencias situacionales, conceptualizadas como las percepciones personales y cogniciones de cualquier situación o contexto que facilita o impide el mantenimiento del peso saludable (Pender et al., 2018), el participante mencionó la disponibilidad de comida de bajo contenido nutrimental en casa, demostrado por "lo que tengan ahí en su casa, pura chatarra...que tengan ahí en su casa y pues, se la comen" y "cuando no hay comida, e-e, otra que comer". Kebbe et al. (2019) aluden que la falta de participación de los padres en el cambio de comportamiento repercute en los adolescentes, los cuales, refirieron sentirse presionados para comer alimentos poco saludables en respuesta a las prácticas y expectativas de sus padres o compañeros. También se identificó la disponibilidad de espacios verdes como parte de las influencias situacionales, los segmentos fueron "por-r los parques, e-e pueden conocer varias personas" y "de repente en los parques, venden así aguas, o-o, ahí cosas de comer y pues, se les puede antojar y luego ya, pues, pueden comer una antes de correr o después". En este sentido, los espacios verdes propician periodos más largos de activación física y recreación social (Townshend & Lake., 2017). Caso contrario a lo que sucede en los barrios inseguros, pues, repercuten de manera negativa en la activación física de los adolescentes (Castillo-Retamal et al., 2020). Aquí, el participante refirió que es imposible realizar actividad física en los barrios inse

guros, con el segmento "queriendo así salir, pues, les pueden... e-e...pegar".

Respecto a las acciones que lleva a cabo la escuela para prevenir el Sp y Ob en los estudiantes, el adolescente mencionó "antes, mi escuela vendía mucha chatarra, todos los días". Por ello, debe regularse la venta de alimentos en las cafeterías escolares, sobre todo en aquellas instituciones de tipo privado y estandarizar el valor nutritivo de los lonches escolares proporcionados por el gobierno (Cummins et al., 2020; López Daza et al., 2017).

El afecto relacionado, es la reacción emocional directa, asociada con el mantenimiento del peso saludable, ya sea, positiva o negativa (Pender et al., 2018). Al preguntar sobre las emociones que propician comer alimentos no saludables, se mencionó "la tristeza, y la soledad y la ansiedad" y "cuando las personas se sienten alegres van a comprar helado o así, así por la alegría por, convivir con su familia, o por un logro que hizo y quiera festejar". Aquí, la disfunción emocional juega un papel importante en el mantenimiento del peso saludable. Las personas con alexitimia presentan mayor exceso de peso corporal, derivado de la alimentación emocional, que consiste en comer en respuesta a eventos emocionales negativos, en lugar de hambre física (Banna et al., 2018; Gow et al., 2016; Mason et al., 2018).

Finalmente, el plan de acción es el inicio de un comportamiento para el mantenimiento del peso saludable. Los segmentos del plan de acción fueron "nomás por esfuerzo, si tú quieres estar más delgado, pues, te esfuerzas y ya", "si quieren comer alguna papa, pues nomás le pides una, y pues, si te gustan pues le puedes poner una regla, de que, tú comes una cada semana o cada mes" y "no comprando comida chatarra, e ir toda la familia a hacer ejercicio". Sweeney et al. (2019) estipulan que la enseñanza entre los adolescentes promueve el compromiso con un plan de acción. Dicha enseñanza,

implica la auto monitorización de las calorías que consumen, cambios en el apoyo familiar y grupal, tanto en, la preparación de la comida, como en la autonomía de los alimentos que consumen y las experiencias compartidas.

Otra conducta del plan de acción fue el reconocimiento de la saciedad. El participante cree que la saciedad puede reconocerse cuando "les empieza a doler la panza" y "ya no quieren comer más". Respecto a cómo puede identificar un alimento con alto contenido en azúcar, grasa o sal, mencionó "a veces los alimentos, vienen con etiquetas que dicen, grasas saturadas o azúcares totales, ¿o así?, y pues, ahí te puedes dar cuenta". De este modo, la modificación del etiquetado de alimentos y bebidas industrializadas, el impuesto a la bebida azucarada y la enseñanza de los alimentos, como frutas y verduras, grasas saturadas, grasas trans, sodio y azúcar previenen el incremento de peso perjudicial para la salud (Colchero et al., 2018; Instituto Nacional de Salud Pública., 2018).

A su vez, el entorno escolar debe contar con estrategias para el plan de acción, lo que se demuestra por "metieron una regla que, un día va a ser, por ejemplo sincronizadas y luego otro, pues otro, otra comida y así". En este sentido, las escuelas deben impartir charlas sobre el estilo de vida, apoyo y seguimiento de los alumnos con sobrepeso u obesidad, incorporar actividades físicas durante la semana de los hábitos saludables, promover el día mundial de la obesidad y la enseñanza sobre la cosecha (Cummins et al., 2020; López Daza et al., 2017).

#### Conclusiones

La alimentación emocional, el apoyo social por redes sociales y familiar, el conocimiento sobre las etiquetas nutrimentales y la participación escolar son de vital relevancia en el mantenimiento del peso saludable del adolescente. El MPS y la Teoría fundamentada, resultaron útiles para identificar la conducta promotora de salud (mantenimiento

Figura 1.

Mapa de códigos y segmentos del Mantenimiento del peso saludable

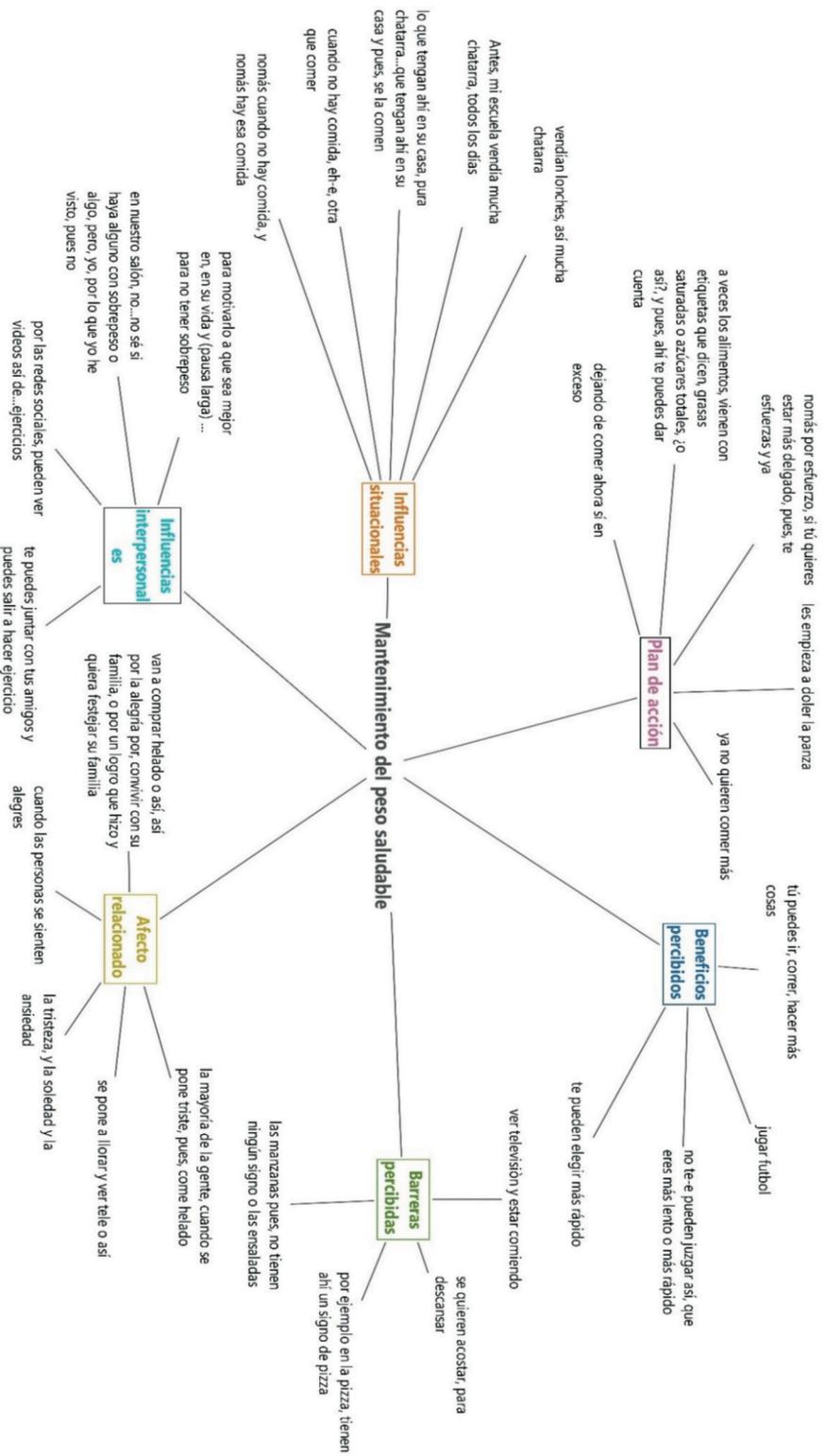


Tabla 1.

*Preguntas, códigos y segmentos de la entrevista del Mantenimiento del peso saludable*

Preguntas	Códigos	Segmentos
¿Cuáles piensas que son los principales beneficios de tener un peso saludable?	Beneficios percibidos	"tú puedes ir, correr, hacer más cosas" "puedes estar más feliz" "no te-e pueden juzgar así, que eres más lento o más rápido"
	Plan de acción	"dejando de comer ahora sí en exceso"
¿Cuáles son tus principales motivaciones para mantener un peso saludable?	Beneficios percibidos	"jugar futbol" "en la escuela de futbol, y-y jugar con mis compañeros" "te pueden elegir más rápido" "te eligen porque, pues, vas más rápido y puedes tener ventaja sobre los otros jugadores"
¿Cómo piensas que el tiempo que gastan los adolescentes al uso de internet, los videojuegos y la televisión puede producir sobrepeso u obesidad?	Barreras percibidas	"en ese tiempo no están haciendo nada de ejercicio" "estar comiendo"
¿De qué manera crees que influye el dinero para comprar alimentos saludables y realizar ejercicio físico?	Plan de acción	"lo podrías ahorrar y te podrías comprar"
	Influencias interpersonales	"te puedes juntar con tus amigos y puedes salir a hacer ejercicio"
¿Cómo crees que puedes identificar que un alimento tiene alto contenido en azúcar, grasa o sal?	Plan de acción	"a veces los alimentos, vienen con etiquetas que dicen, grasas saturadas o azúcares totales, ¿o así?, y pues, ahí te puedes dar cuenta"
	Barreras percibidas	"por ejemplo en la pizza, tienen ahí un signo de pizza" "las manzanas pues, no tienen ningún signo o las ensaladas"
¿Qué tipo de emociones (tristeza, miedo, ansiedad o alegría) te hacen comer alimentos no saludables (altos en azúcar, grasa o sal)? Cuéntame un poco más, ¿cómo ocurre esto?	Afecto relacionado	"la tristeza, y la soledad y la ansiedad" "la mayoría de la gente, cuando se pone triste, pues, come helado" "se pone a llorar y ver tele o así" "cuando las personas se sienten alegres" "van a comprar helado o así, así por la alegría por, convivir con su familia, o por un logro que hizo y quiera festejar su familia"
	Influencias situacionales	"lo que tengan ahí en su casa, pura chatarra...que tengan ahí en su casa y pues, se la comen"
¿De qué manera crees que los adolescentes identifican la saciedad (sentirse llenos) después de comer alimentos?	Plan de acción	"les empieza a doler la panza" "ya no quieren comer más"
	Barreras percibidas	"se quieren acostar, para descansar"
¿Qué significado le das al rol sexual (tareas que la mujer y el hombre hacen en la casa y en la sociedad), para facilitar o impedir que los adolescentes tengan un peso saludable?	Plan de acción	"nomás por esfuerzo, si tú quieres estar más delgado, pues, te esfuerzas y ya"
¿Cómo piensas que los espacios verdes (parques, jardines) favorecen el ejercicio físico en los adolescentes?	Influencias situacionales	"por-r los parques, eh-e pueden conocer varias personas" "de repente en los parques, vende así aguas, oh-o, ahí cosas de comer y pues, se les puede antojar y luego ya, pues, pueden comer una antes de correr o después"
	Plan de acción	"pueden hacer ahí su ejercicio"
	Influencias interpersonales	"pueden conocer personas para hacerlo juntos"

¿Qué piensas acerca de la inseguridad de los barrios (colonias) donde viven algunos adolescentes, que en ocasiones les es imposible realizar actividad física?	Influencias situacionales	"queriendo así salir, pues, los pueden... eh-e...pegar"
¿Cómo crees que la familia influye para comer alimentos saludables y realizar ejercicio físico en los adolescentes?	Barreras percibidas	"comas así pizzas oh-o hamburguesas" "sino haces ejercicio, y comer pizza y hamburguesa, pues, vas subiendo más y más y más"
	Plan de acción	"tú mientras hagas tu ejercicio, sigues tú mismo peso, bajas lo que comiste"
¿De qué manera consideras que los amigos influyen en la alimentación saludable y el ejercicio físico?	Plan de acción	"si quieren comer alguna, pues nomás le pides una, y pues, si te gustan pues le puedes poner una regla, de que, tú comes una cada semana o cada mes, dependiendo lo que tú quieras"
¿En qué situaciones sientes presión o fastidio (por tus padres, amigos o sociedad) para ingerir alimentos no saludables y no realizar ejercicio físico?	Influencias situacionales	"nomás cuando no hay comida, y nomás hay esa comida"
		"cuando no hay comida, eh-e, otra que comer"
¿Qué significado le das al uso de las redes sociales entre los adolescentes para compartir y buscar información relacionada con la alimentación saludable y el ejercicio físico?	Influencias interpersonales	"por las redes sociales, pueden ver videos así de...ejercicios" "comer saludable cada semana, o sea, qué comer cada día"
¿Qué acciones lleva a cabo tu escuela para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los adolescentes?	Influencias situacionales	"vendían lonches, así mucha chatarra" "Antes, mi escuela vendía mucha chatarra, todos los días"
	Plan de acción	"metieron una regla que, un día va a ser, por ejemplo sincronizadas y luego otro, pues otro, otra comida y así"
¿Qué seguimiento hace tu escuela cuando identifican a algún adolescente con sobrepeso u obesidad?	Influencias interpersonales	"en nuestro salón, no...no sé si haya alguno con sobrepeso o algo, pero, yo, por lo que yo he visto, pues no"
¿De qué manera participas en tu casa en la elección de los alimentos que se compran?	Plan de acción	"si a mí me gusta algo, pues podemos, sugerirlo, comprarlo otro día o comprarlo ese mismo día...pero-o, por ejemplo, comernolo [comérmolo] ah-a, el miércoles, o así"
¿En qué tipo de situaciones ayudas a preparar y cocinar los alimentos en tu casa?	Plan de acción	"Yo ayudo a sacar los alimentos del refri, o a lavarlos y a partarlos"
¿De qué forma, puede ayudarte tu familia para que mantengas una alimentación saludable y realices ejercicio físico?	Plan de acción	"no comprando chatarra" "no comprando comida chatarra, e ir toda la familia a hacer ejercicio"
	Influencias interpersonales	"para motivarlo a que sea mejor en, en su vida y (pausa larga) ...para no tener sobrepeso"

del peso saludable). Se sugiere emplear la teoría fundamentada para dar continuidad a la percepción de diversos adolescentes en el mantenimiento del peso saludable, hasta obtener la saturación teórica. Así como, teorizar el fenómeno con base en los criterios propuestos por Corbin y Strauss. De manera que, Enfermería y disciplinas afines puedan identificar el comportamiento del adolescente para prevenir el Sp y Ob. La limitante del estudio es la ausencia de control en el medio ambiente de la entrevista y falta de notas de campo.

#### Referencias

- Banna, J. C., Panizza, C. E., Boushey, C. J., Delp, E. J., & Lim, E. (2018). Association between Cognitive Restraint, Uncontrolled Eating, Emotional Eating and BMI and the Amount of Food Wasted in Early Adolescent Girls. *Nutrients*, 10(1279), 2–10. <https://doi.org/10.3390/nu10091279>
- Campbell, E. T., Franks, A. T., & Joseph, P. V. (2019). Adolescent obesity in the past decade: A systematic review of genetics and determinants of food choice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(6), 344–351. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000154>
- Carriere, C., Michel, G., Féart, C., Pellay, H., Onorato, O., Barat, P., & Thibault, H. (2019). Relationships between emotional disorders, personality dimensions, and binge eating disorder in French obese adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 26(3), 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.02.008>
- Castillo-Retamal, F., Matus-Castillo, C., Vargas-Contreras, C., Canan, F., Starepravo, A., Aparecido, A., & Oliveira, B. De. (2020). Participación ciudadana en la elaboración de las políticas públicas de actividad física y deporte : el caso de Chile. *Retos*, 38, 481–488. <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/76340/49473>
- Chau, M. M., Burgermaster, M., & Mamykina, L. (2018). The use of social media in nutrition interventions for adolescents and young adults. *Int J Med Inform.*, 120, 77–91. <https://doi.org/oi:10.1016/j.ijmedinf.2018.10.001>.
- Colchero, M. A., Fuentes, M. L., & Salinas, C. A. A. (2018). Medidas fiscales como una estrategia de salud pública. In J. A. Rivera Dommarco, A. Colchero, M. L. Fuentes, T. González de Cosío Martínez, C. A. Aguilar Salinas, G. Hernández Licona, & S. Barquera (Eds.), *La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control* (pp. 190–200). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cummins, C. B., Bowen-Jallow, K., Tasnim, S., Prochaska, J., Jupiter, D., Wright, A., Hughes, B. D., Nunez-Lopez, O., Lyons, E., Glaser, A., Radhakrishnan, R. S., Thompson, D., & Suman, O. E. (2020). One Size Does Not Fit All: Sociodemographic Factors Affecting Weight Loss in Adolescents. *Journal of Obesity*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/3736504>
- Devaux, M., & Vuik, S. (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, Chapter 1. In Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ed.), *The Heavy Burden of Obesity* (p. 240). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Flores, Y. N., Contreras, Z. A., Ramírez-Palacios, P., Morales, L. S., Edwards, T. C., Gallegos-Carrillo, K., Salmerón, J., Lang, C. M., Sportiche, N., & Patrick, D. L. (2019). Increased prevalence of psychosocial, behavioral, and socio-environmental risk factors among overweight and obese youths in Mexico and the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1534. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091534>
- Formiguera, X. (2014). Concepto y causas

- de la obesidad. In X. Formiguera (Ed.), *Comprender la obesidad* (pp. 1–12). Amat.
- García Milian, A., & Creus García, E. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1–13. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi06316.pdf>
- Gow, M. L., Bau, L. A., Ho, M., Chisholm, K., Noakes, M., Cowell, C. T., & Garnett, S. P. (2016). Can early weight loss, eating behaviors and socioeconomic factors predict successful weight loss at 12- and 24-months in adolescents with obesity and insulin resistance participating in a randomised controlled trial? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 43–54. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0367-9>
- Holmberg, C., Berg, C., Dahlgren, J., Lissner, L., & Chaplin, J. E. (2019). Health literacy in a complex digital media landscape: Pediatric obesity patients' experiences with online weight, food, and health information. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1343–1357. <https://doi.org/10.1177/1460458218759699>
- Howe, C., Casapulla, S., Shubrook, J., Lopez, P., Grijalva, M., & Berryman, D. (2018). Regional Variations in Physical Fitness and Activity in Healthy and Overweight Ecuadorian Adolescents. *Children*, 5(8), 104. <https://doi.org/10.3390/children5080104>
- Hunter, R. ., de la Haye, K., Murray, J. ., Badham, J., Valente, T. W., Clark, M., & Kee, F. (2019). Social network interventions for health behaviours and outcomes: A systematic review and metaanalysis. *PLoS Med*, 16(9), 1–25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002890>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Encuesta Nacional de los Hogares. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018-19: Resultados nacionales. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: una estrategia para la toma de decisiones saludables. *Salud Pública de Mexico*, 60(4), 479–486. <https://doi.org/10.21149/9615>
- Kebbe, M., Perez, A., Buchholz, A., McHugh, T. L. F., Scott, S. D., Richard, C., Mohipp, C., Dyson, M. P., & Ball, G. D. C. (2019). Correction: Barriers and enablers for adopting lifestyle behavior changes in adolescents with obesity: A multi-centre, qualitative study. *PLoS ONE*, 14(8), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221141>
- Koike, S., Richards, M., Wong, A., & Hardy, R. (2018). Fat mass and obesity-associated (FTO) rs9939609 polymorphism modifies the relationship between body mass index and affective symptoms through the life course: a prospective birth cohort study. *Translational Psychiatry*, 8, 62–71. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0110-1>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 311–328. <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph14030311>
- López Daza, G. A., Torres P, K., & Gómez García, C. F. (2017). La alimentación escolar en las instituciones educativas públicas de Colombia. Análisis normativo y de la política pública alimentaria. *Prolegómenos*, 20(40), 97–112. <https://doi.org/10.18359/prole.3043>
- Mason, E. A., Jhaveri, K., Cohn, M., & Brewer, J. A. (2018). Testing a mobile mindful eating intervention targeting craving-related eating: feasibility and proof of concept. *J Behav Med*, 41, 160–173. <https://doi.org/https://doi.org>

g/10.1007/s10865-017-9884-5

Mazurek Melnyk, B., Jacobson, D., Kelly, S. A., Belyea, M. J., Shaibi, G. Q., Small, L., O'Haver, J. A., & Marsiglia, F. F. (2015). Twelve-month effects of the COPE Healthy Lifestyles TEEN Program on Overweight and Depressive Symptoms in high school adolescents. *J Sch Health.*, 85(12), 861–870. <https://doi.org/10.1111/josh.12342>

McLellan, E., MacQueen, K. M., & Neidig, J. L. (2003). Beyond the qualitative interview: Data preparation and transcription. *Field Methods*, 15(1), 63–84. <http://citeseer-x.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.527.1905&rep=rep1&type=pdf>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Mass, M. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería* (Elsevier (ed.); 6a ed.). Elsevier.

Oliveira Silva, D. F., Sena-Evangelista, K. C., Oliveira Lyra, C., Campos Pedrosa, L. F., Arrais, R. F., & Cunha Lima, S. C. (2018). Motivations for weight loss in adolescents with overweight and obesity: a systematic review. *BMC Pediatrics*, 18, 364–371. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12887-018-1333-2>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Sobrepeso y obesidad infantiles*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

Pender, N. ., Murdaugh, C., & Parsons, M. . (2018). Individual Models to Promote Health Behavior. In N. . Pender (Ed.), *Health Promotion In Nursing Practice* (8a ed., pp. 40–45). Pearson.

Poti, J., Braga, B., & Quin, B. (2018). Ultra-processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health – Processing or Nutrient Content? *Curr Obes Rep.*, 6(4), 420–431. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0285-4>. Ultra-processed

Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen media exposure

and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*, 140(2), 97–101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>

Souza Minayo, M. C. (2009). Modalidades de abordajes comprensivos. In *La artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 117–137). Lugar Editorial.

Sweeney, A. M., Wilson, D. K., Loncar, H., & Brown, A. (2019). Secondary benefits of the families improving together (FIT) for weight loss trial on cognitive and social factors in African American adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 47–57. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12966-019-0806-5>

Téllez, C. (2019). Sistema de recompensa. In C. Téllez (Ed.), *Obesidad: Una enfermedad de salud mental* (2da ed., pp. 492–1400). Autoediciones. <https://www.amazon.com.mx/Obesidad-una-enfermedad-salud-mental-ebook/dp/B07SWYDYR9>

Torres, F., & Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: Transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Revista Problemas Del Desarrollo*, 193(49), 145–169. <http://www.scielo.org.mx/pdf/prode/v49n193/0301-7036-prode-49-193-145.pdf>

Townshend, T., & Lake, A. (2017). Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. *Perspectives in Public Health*, 137(1), 38–44. <https://doi.org/10.1177/1757913916679860>

## Comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes obstétricas y asociación con variables sociodemográficas.

Fernanda González Salina<sup>1\*</sup>, Teresa De Jesús Loredo Álvarez<sup>1</sup>, Concepción Meléndez<sup>1</sup> y Rosalinda Garza Hernández<sup>1</sup>

### Resumen

**Objetivos del estudio:** Determinar la percepción de las pacientes obstétricas acerca del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería y describir las dimensiones de Cuidado Humanizado del personal de enfermería a las pacientes obstétricas y su asociación con las variables sociodemográficas y clínicas.

**Metodología:** Diseño cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional, población 2,122 pacientes, la muestra 150 pacientes obstétricas. Se seleccionaron a través de un muestreo por conveniencia. Se utilizó el instrumento "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería" (PCHE) tercera versión validado por González-Hernández (2015).

**Resultados:** El 100% participantes obstétricas, el 58.7% de 20 a 29 años de edad. Predominó la unión libre (63.3%). La edad promedio fue de 24.2 años. Partos eutócicos (60%) y al 40% se les practicó cesárea, predominaron las primigestas 34.7%. El índice de percepción total: M = 85.8, cualidades del hacer de enfermería M = 92.8, apertura a la comunicación con la enfermera M = 82.6, y disposición para la atención M = 84.4. Se demuestra asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y las dimensiones cualidades del hacer de enfermería y apertura de la comunicación enfermera/o, y asociación entre el número de gesta y la dimensión disposición para la atención, con nivel de significancia.

**Conclusiones:** En la mayoría de las púérperas, el cuidado humanizado en general y en cada una de las dimensiones fue siempre percibido.

**Palabras claves:** Comportamientos de cuidado humanizado, pacientes obstétricas

### Abstrac

**Study objectives:** To determine the perception of obstetric patients about the humanized care provided by the nursing professional and describe the dimensions of Humanized Care of the nursing staff to obstetric patients and their association with sociodemographic and clinical variables.

**Methodology:** Quantitative, descriptive, cross-sectional, and correlational design, population 2,122 patients, sample 150 obstetric patients. They were selected through convenience sampling. The instrument "Perception of Humanized Nursing Care Behaviors" (PCHE) third version validated by González-Hernández (2015) was used.

**Results:** From 100% obstetric participants, 58.7% were from 20 to 29 years old. Free union prevailed (63.3%). The average age was 24.2 years. Eutocic deliveries (60%) and 40% underwent caesarean section, primiparous women predominated 34.7%. The total perception index: M = 85.8, nursing qualities M = 92.8, openness to communication with the nurse M = 82.6, and willingness to care M = 84.4. A statistically significant association was demonstrated between marital status and the dimensions of nursing qualities and openness of nurse/nurse communication, and an association between the number of deeds and the willingness to care dimension, with a level of significance.

**Conclusions:** In most postpartum women, humanized care in general and in each of the dimensions was always perceived.

**Keywords:** Humanized care behaviors, obstetric patients

<sup>1</sup> Universidad Autónoma De Tamaulipas. Facultad de Enfermería de Tampico Tamaulipas.

\*Responsable de correspondencia: fergonzalez1@hotmail.com

## Introducción

A través de las diversas culturas se menciona el cuidado como una forma de asistir a quien requiere cubrir sus necesidades de salud-enfermedad, mostrándose de diversas formas según la cultura y el país del que se habla, considerando como fin común el ayudar a nacer, vivir, reproducirse y morir, bajo un estado de bienestar, es decir, de salud (Correa, 2016).

La forma de cuidar se ha venido transformando a través de las diferentes épocas y civilizaciones sin embargo el objetivo sigue siendo el mismo, estos cambios se han manifestado por las diferentes percepciones de aquel que cuida, que en muchas ocasiones lo realiza sin conocimiento, sin fundamento científico o de manera meramente empírica, lo que a traído consigo las prácticas poco sutiles ante el individuo enfermo y sano, es decir, el cuidado se muestra deshumanizado.

Por lo que se requiere fortalecer el cuidado en todos sus ámbitos y aspectos, incluyendo los valores propios de la disciplina de enfermería, la formación dentro de la educación basada en la ética y la moral de la persona que provee el cuidado, de esta manera se mantendrá la función de los profesionales de la salud en el cumplimiento de su función como es mantener la salud o procurar bienestar al individuo (Beltrán, 2016; Romero, Contreras, & Moncada, 2016).

Conforme han evolucionado enfermería y medicina, la función de cuidado de enfermería en la atención al parto, ha sido reemplazada por la atención de los médicos quienes argumentan a través de la ciencia y la tecnología, que son ellos a quien pertenece esta tarea de atención a la mujer embarazada y que ha de parir, situación que no está a discusión sin embargo, el cuidado que provee enfermería considerando los diversos metaparadigmas de la disciplina en donde se incluye el trato humano y caritativo a la paciente deja grandes expectativas

cuando la atención es dada por el médico. Es así como la paciente obstétrica es tratada sin considerar lo holístico de su persona y de la misma forma de la persona que está por nacer, pasando por alto el acompañamiento que la mujer requiere a través del cuidado humanizado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

La gestación como transición en la vida de la mujer en donde al acontecer múltiples cambios le hacen manifestarse sensible ante la diversidad de ellos, por lo que deberá ser considerada como persona con derechos hacia su salud y hacia la toma de decisiones que competen a su etapa reproductiva. Hasta hace algunos años apareció en los diferentes referentes bibliográficos el trato deshumanizado, poco amable, discriminatorio y violento cuando la mujer ingresa al hospital porque viene en trabajo de parto. El cuidado como parte primordial de las tareas de enfermería requiere de información permanente y oportuna a la familia de quien va a parir, evitando la desinformación y la toma de decisiones acertadas en el momento en que se requiera, bien la omisión de información sobre la evolución de su parto (Figuroa et al., 2017).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), describe aproximadamente 70 de cada 100 mexicanas adolescentes ya tienen al menos un hijo vivo, lo que indica que el 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención antes, durante y después del parto. El cuidado como valor profesional da respuesta y es esencia de las tareas de enfermería, es la respuesta ante situaciones de enfermedad y de salud, a través de la interacción enfermera-usuaria, entorno y conocimientos acerca de la Historia Natural del embarazo (Guerrero, Menses, & De La Cruz, 2016).

Respecto a la atención de enfermería a la paciente obstétrica, ésta se deberá fomentar al considerar su cultura, sus creencias y como aspecto básico sus necesidades en la

transición del trabajo de parto al nacimiento (Álvarez, 2013). Actualmente se favorece la atención del parto a la ‘paciente y a su hijo’, como una experiencia que toma en cuenta de los valores institucionales y de la usuaria durante el parto y puerperio, procurando que el proceso sea gratificante y con dignidad hacia la paciente obstétrica, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre y dónde, con quién parir (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2015).

Como alternativa, en años recientes ha adquirido fuerza un modelo de parto humanizado, el cual pretende como objetivo fundamental el que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para la tomar decisiones sobre y dónde, con quién parir (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2015).

Las características que debe de tener el profesional de enfermería que ofrece cuidado humanizado incluye conocimiento formal y vivencial, compromiso, ética, intuición y aceptación del otro; sumado a esto requiere de su manifestación como persona, única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad (Muñoz, Coral, Moreno, Pinilla, & Suárez, 2009). Rescata la igualdad entre enfermeras y pacientes, basada en su humanidad con sus potencialidades y limitaciones, pero con roles diferentes en una relación que gira en torno a diversas experiencias (Beltrán, 2016).

La percepción que la paciente obstétrica acerca del cuidado de enfermería está en función de su cultura, expectativas, factores como edad y escolaridad, así como del proceso de enfermedad; por lo que es preciso la medición de estas variables con el propósito de implementar cambios que repercutan en la calidad del cuidado

(Torres-Mora & Rivas-Espinoza, 2010). El cuidado humanizado surge de la interacción del profesional de salud y el paciente, de lo que resulta la interacción terapéutica en donde la comunicación es la forma de expresar su espiritualidad, sus formas de vivir así como, sus emociones, aspectos que sumados a la empatía dan como resultado la mejora en la disposición para brindar y obtener cuidado valioso y competente que permita subsanar las necesidades del paciente, acompañándolo y apoyándolo como un ser humano (Raile & Marriner, 2011).

Según la Guía de Buenas Prácticas en Enfermería de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), él y la enfermero(a), deben poseer competencias que le permitan la incorporación de sus funciones bajo el concepto de trato humanizado, considerando la diversidad intercultural de los pacientes, que el profesional de la salud debe conocer. Con respecto al cuidado que se ofrece en las áreas obstétricas, el cuidado humanizado ha sido poco estudiado por lo que la investigadora tiene interés en este fenómeno de estudio.

#### Marco conceptual

La presente investigación se fundamentó en los factores de cuidado y en el proceso Caritas de Watson Jean acerca del cuidado humanizado; estos han sido identificados en la Teoría del Cuidado Humano Caring Science de Jean Watson (2007), que refiere la necesidad de recuperar lo humano en el cuidado a un individuo sano o enfermo, denominado cuidado transpersonal, basado en el Proceso Caritas determinado por la conexión con el ego; la conexión entre persona que cuida que en este caso será el profesional de salud y el paciente a quien se proporciona el cuidado. La autora los describe como relación de cuidado transpersonal esencial y reafirma: es la unión con otra persona y la responsable de la persona y de su estar en el mundo, sustentando así el

trabajo de la enfermera con una base moral y filosófica (Raile & Marriner, 2011). El cuidado transpersonal esencial incluye los siguientes factores de cuidado: el primero consiste en identificar los valores humanos; es la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad brindando con ello satisfacción del cuidado recibido. El segundo, inculca fe y esperanza, como incentivo para que él o la paciente adopten conductas saludables, con el cuidado se logrará que una persona con problemas reales o potenciales de salud reciba una atención de enfermería segura y eficiente, logrando su máximo bienestar. El tercer factor, fomenta la sensibilidad en la interacción paciente enfermera; para que el personal de enfermería no fusione emociones negativas de sí mismo o de trabajo con la atención al usuario, lo remarca la importancia de que la enfermera(o) adquiera la habilidad de evaluar y manejar sus sentimientos, identificando la mejor manera de expresarlos.

El cuarto factor, estimula una relación de ayuda–confianza, entre enfermera y paciente, promoviendo y aceptando sus sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, aceptación y comunicación eficaz; el quinto factor, la enfermera anticipará las conductas favorables o no, además identificará los componentes intelectuales y emocionales de las situaciones del paciente ya que uno no deberá coincidir con el otro, así Watson señala la importancia de comprender la conexión entre pensamientos, emociones y comportamiento, y advierte que involucrar los sentimientos en la interacción es peligroso para ambas partes.

El sexto factor, implica la sistematización en la resolución de los problemas apoyando así al paciente a tomar decisiones, con base en sentirse motivado por la superación constante; que al estar presente se expresa en el deseo de estudiar y adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica diaria.

El séptimo factor, promoción de la enseñanza–aprendizaje, tiene como objetivo la asesoría y/o consejería permanente al paciente, en donde la enfermera deberá tener conocimientos actuales, llevando a cabo la indagación de su práctica asistencial para ofrecer calidad en el cuidado humanizado. El octavo factor, proveer al paciente la posibilidad de un ambiente de bienestar mental así como en sus diversas esferas; identificando aquellos aspectos intrínsecos y extrínsecos del proceso de la salud-enfermedad de las personas, a través de conocer su resistencia y limitaciones como paciente, reconociendo las perspectivas acerca de su salud y estar abiertos a nuevas experiencias. El noveno factor, la atención a sus necesidades y los beneficios que de ello obtiene; el décimo factor, Watson convoca al fomento de las fuerzas existenciales–fenomenológicas, describiendo que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica; se requiere de iniciativa, optimismo, flexibilidad, adaptabilidad, comunicación y relaciones interpersonales, es decir, confianza en uno mismo, valentía como resultado de nuestras capacidades, valores y metas.

El metaparadigma de Watson se describe con los siguientes conceptos: Enfermería. Basada en su formación científica aplica los aspectos filosóficos y de valores propios de la disciplina, para asistir al individuo en su proceso de enfermedad, con la finalidad de restablecer la salud perdida y prevenir la ausencia de ésta, por medio de cuidado transpersonal es decir, con visión holística.

Personalidad. La persona es concebida como un ente biopsicosocioespiritual afirmando que el espíritu tiene cuerpo que no está aislado por el tiempo y el universo. Salud. Es la conjunción del espíritu a la mente y estos al cuerpo y se afirma que la presencia del dolor no necesariamente es enfermedad o desarmonía, define que la enfermedad es la consecuencia de los

factores genéticos de cada individuo.

Entorno. La enfermera interviene en la variedad de entornos del paciente y describe que la espiritualidad es infinita para cada ser e incluye a todo ser vivo funcionando como lazo entre lo humano, lo que tiene vida, el tiempo, el universo y las civilizaciones. Al establecerse la cercanía y conexión enfermera-paciente se establece energía positiva de gran magnitud denominado campo magnético.

Estudios relacionados

Para el desarrollo del siguiente apartado que realizó búsqueda bibliográfica, se emplearon diferentes bases de datos como son Scielo, ProQuest, Redalyc, Elsevier, Scopus, CINAHL, en ellas se encontraron en escaso número estudios relacionados a la población de este proyecto, por lo que se deduce que en la población obstétrica existe un vacío de conocimiento. Los resultados de la búsqueda se limitaron a artículos originales, en inglés y español, encontrando un mayor número de referentes relacionados a la variable de estudio y con la población requerida en estudios cualitativos con enfoque etnográfico, fenomenológico y teoría fundamentada.

Ante la carencia de estudios cuantitativos, que evidencien la indagación de la variable en púerperas, se determinó trabajar con los que aquí se describen; independientemente de que en años anteriores se han presenciado diferencias en la atención al cuidado del parto, por lo que se pretende recuperar el concepto de humanización del cuidado, por la relevancia del estudio y de todos aquellos aspectos con los que se relaciona la calidad de atención o falta de ella en la usuaria obstétrica (Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural [DMTyDI], CENETEC, & Rochester-México, 2007; Biurrun, 2014).

Borges, Sánchez, Peñalver, González y Sixto (2021) describieron la percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto.

Fue un estudio descriptivo, transversal. Participaron 121 púerperas hospitalizadas en el Hospital Ciro

Redondo de Artemisa, Cuba. Se aplicó la tercera versión del instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE)”. De las 121 mujeres encuestadas, el 96.6% algunas veces percibieron cuidado humanizado de enfermería que la atendió durante su parto, el 88.4% casi siempre percibieron el cuidado humanizado. La dimensión “cualidades del hacer de enfermería” obtuvo el mayor porcentaje en la opción siempre recibieron cuidado humanizado con el 75.2%. Matías (2019) determinó la percepción de las madres púerperas ante el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, la muestra fue de 90 púerperas. El instrumento utilizado fue el cuestionario PCHE tercera versión. Los resultados indicaron que el 65.5% de las púerperas percibieron que las enfermeras casi siempre brindan cuidado humanizado, el 21.1% manifestó que algunas veces, el 12.2% siempre ofrecen cuidado humanizado y el 1.1% nunca la enfermera le brindó cuidado humanizado.

Relacionado a la importancia de la atención a las púerperas el 56.6% casi siempre percibieron el cuidado como humanizado, el 33.3% algunas veces, el 8.8% siempre y el 1.1% nunca. Relacionado a la comunicación para propiciar educación en salud a la persona, el 44.4% casi siempre percibieron el cuidado humanizado, el 41.1% algunas veces, el 8.8% siempre y el 5.5% nunca. En los aspectos que caracterizan como la enfermera realiza sus funciones en donde se incluyen los procedimientos al paciente, el 68.8% casi siempre percibieron el cuidado como humanizado, el 17.7% algunas veces, el 12.2% siempre y el 1.1% nunca la enfermera le brindó cuidado humanizado. Girón (2019) determinó la percepción de las

usuarias gineco-obstétricas sobre la calidad del cuidado humanizado que brinda el Profesional de Enfermería en el Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal Dr. Jaime Sánchez Porcel. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El instrumento fue el cuestionario, PCHE tercera versión, la muestra 136 usuarias, que describieron como fue la atención brindada por el personal de enfermería. Como resultados se encontraron que el 48.9% de las usuarias solo algunas veces percibieron cuidado humanizado del profesional de enfermería, el 49.4% indicaron que no percibieron cuidado humanizado oportunamente, y el 46.3% manifestaron falta de cuidado humanizado. Jesús, Pinedo y Tello (2017) realizaron un estudio cuantitativo, correlacional y transversal, el objetivo fue determinar la asociación entre el cuidado humanizado de enfermería y el nivel de satisfacción percibida en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. La muestra fue por conveniencia de 30 puérperas adolescentes hospitalizadas en los servicios de Ginecología y Obstetricia. Los instrumentos utilizados fueron la Lista de Chequeo: “Cuidado Humanizado” con 27 ítems y un cuestionario: “Satisfacción percibida por la puérpera” con 26 ítems, ambos validados. Los resultados indicaron que el 100% de las puérperas fueron encuestados; el 23.3%, de las puérperas adolescentes percibieron que el cuidado brindado por la enfermera es humano y adecuado, el 30.0% recibieron cuidado humanizado inadecuado. Se encontró que existe relación entre cuidado humanizado y satisfacción en el cuidado  $p = - 0.05$ .

Calsin (2017), realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con el objetivo de determinar la percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado de enfermería, en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, en 831 pacientes del servicio de ginecobstetricia, solo participaron 202 usuarias, se utilizó

el instrumento Percepción de Comportamientos del Cuidado Humanizado de Enfermería.

En el servicio de ginecobstetricia el 44.5% de la población tenía edad promedio de 23 a 30 años, correspondientes a adultas jóvenes en edad fértil, el 28.7% edad de 15 a 22 años en su mayoría adolescentes y el 0.9% usuarias de más de 46 años de edad. De las participantes el 80.2% convivían con su pareja, el 12.9% eran casadas y el 6.9% solteras; en cuanto a la escolaridad el 49.5% terminaron la secundaria, el 27.7% tenía estudios superiores (técnicos o profesionales) y el 2.9% solo primaria. En relación al lugar de procedencia el 60.4% radicaba en área urbana, el 21.8% en área pre urbana y el 17.8% en área rural. El 96.0% manifestaron deficiente el cuidado humanizado de enfermería, el 39.9% lo percibieron como regular, el 71.3% percibieron las cualidades del hacer de enfermería deficientes, el 26.7% como regular y el 1.9% como bueno; el 77.7% evaluaron la apertura a la comunicación enfermera-paciente como deficiente, el 23.0% como regular, el 89.1% percibieron la disposición para la atención como deficiente y el 10.9% como regular. Vela (2015) indicaron que en cuanto al trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82.0%), se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81.0%), se le identificó por su nombre (59.0%), le explicó los procedimientos a realizar (80.0%), se respetó su intimidad (78.0%), se le pidió permiso antes de examinarla (83.0%), el 73.0% percibió amabilidad del profesional. En cuanto a la libre elección de la posición de parto, manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75.0%), le enseñaron posiciones de parto (79.0%), le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75.0%). Respecto al acompañamiento, al 73.0% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, al 58.0% siempre el

acompañante le ayudaba a relajarse. En cuanto al manejo del dolor, el 35.0% siempre percibieron que se les explicó las alternativas para el manejo del dolor en el parto. En general el 35.0% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada.

**Definiciones operacionales**  
**Cuidado humanizado de enfermería en la paciente obstétrica:** Comprende procedimientos, manejo de protocolo, utilización de habilidades, destrezas y aplicación de conocimiento del ejercicio profesional; más un buen trato acerca del cuidado específico de estas pacientes; satisfaciendo con ello a la usuaria obstétrica, ya que al hacerlo, no sólo la paciente obtiene beneficios, sino que el profesional y el equipo que entrega los cuidados se siente satisfecho. Se medirá a través del instrumento de Percepción del Comportamiento del Cuidado Humanizado (PCHE, 2015).

**Pacientes obstétricas:** Mujeres dentro de la etapa de proceso de parto, que como consecuencia manifiestan alta vulnerabilidad, limitando sus habilidades funcionales y el control de su fisiología, requiere cuidados de enfermería desde el nacimiento del producto hasta el puerperio inmediato. Se medirá a través de datos clínicos.  
**Parto eutócico:** Aquel que se desarrolla normalmente y sin ninguna dificultad para la madre y el recién nacido.  
**Parto distócico:** Cuando algún factor complica u obstaculiza el desarrollo normal del parto, puede deberse a factores maternos o fetales.

**Número de gesta:** Número de embarazos que la mujer ha tenido, durante su etapa de reproducción.

**Nivel educativo:** Educación básica, educación media superior y educación superior. Educación básica está integrada por primaria y secundaria, se cursa a lo largo de doce grados, distribuidos en dos niveles educativos: seis de educación primaria y tres de educación secundaria, se medirá a través

de la cédula sociodemográfica.

**Objetivo general**

Determinar la percepción de las pacientes obstétricas acerca del cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería.

**Objetivos específicos**

Describir las dimensiones de cuidado humanizado del personal de enfermería a las pacientes obstétricas.

Identificar la asociación de cuidado humanizado del personal de enfermería a pacientes obstétricas con las variables sociodemográficas y clínicas.

Describir las variables sociodemográficas: edad y grado educativo.

Describir las variables clínicas de las pacientes obstétricas: evento obstétrico y número de gesta.

**Metodología**

En este apartado se describe el diseño del estudio, así como la población, la muestra y muestreo. Así mismo, se incluyen los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos y mediciones, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategias que se utilizaron para el análisis de datos.

**Diseño de estudio**

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo-transversal y correlacional, se describió la percepción del comportamiento de cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería a las pacientes obstétricas y se determinó la asociación entre la variable de estudio y las variables sociodemográficas (Burns & Grove, 2012).

**Población, muestra y muestreo**

La población estuvo conformada 2122 pacientes atendidas en el servicio durante el año pasado, se obtuvo la muestra con margen de error de 10%, constituida por 150 pacientes ingresadas de enero a marzo del 2020. Se empleó muestreo por conveniencia.

**Criterios de inclusión**

Pacientes obstétricas que cursaban puerperio inmediato por cesárea o parto fisiológico,

independientemente de la edad y grado escolar.

**Criterios de exclusión**

Pacientes obstétricas con parto patológico o cesárea complicada, pacientes cuyo producto se haya obitado o con complicaciones puerperales y que no se encontraban en condiciones de responder al instrumento.

**Mediciones e instrumentos**

Se empleó una cédula de datos sociodemográficos. Se utilizó el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” (PCHE) tercera versión validado por González-Hernández (2015), que mide la frecuencia de aparición de los comportamientos del cuidado humanizado del personal de enfermería, con Alfa de Cronbach de .96, consta de 32 ítems agrupados en tres categorías y se evalúa con escala Likert del uno al cuatro, donde uno significa “nunca”, dos “algunas veces”, tres “casi siempre” y cuatro significa “siempre”; posteriormente se clasifican dependiendo del puntaje: de 32 - 95 (nunca), de 96 - 111 (algunas veces), de 112 - 120 (casi siempre) y de 121-128 (siempre).

Las tres categorías que conforman al instrumento son: cualidades del hacer de enfermería, explorada a través de siete ítems, incluye atributos y valores de enfermería; destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermera-paciente. El rango de medición de esta categoría es de 7-28 puntos y los ítems son (1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17). La medida de percepción se clasifica de acuerdo con los siguientes rangos: 7-19 (nunca), 20-24 (algunas veces), 25-26 (casi siempre) y 27-28 (siempre).

La apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente, incorpora habilidades de comunicación que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma. El rango de esta categoría es de 8-32 puntos y los ítems son (4, 5, 9, 10, 11,

12, 14 y 19). La medida de percepción en esta categoría: 8-20 (nunca), 21-26 (algunas veces), 27-29 (casi siempre) y 30-32 (siempre). La tercera categoría, disposición para la atención descrita como la oportunidad de profundizar en las necesidades del usuario, para otorgar la asistencia. La medida de percepción se define en los siguientes rangos: 17-49 (nunca), 50-58 (algunas veces) 59-64 (casi siempre) y 65-68 (siempre).,

**Procedimiento de recolección de datos**

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación Facultad de Enfermería de Tampico (FET) de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), para realizar el proyecto. Posteriormente, se solicitó autorización para iniciar la recolección de datos al Hospital General de Tampico “Dr. Carlos Canseco” durante el periodo enero - marzo del 2021. Una vez obtenida la autorización se acudió al servicio de hospitalización de obstetricia, se comentó con la jefa del servicio el objetivo del estudio para obtener su permiso de recolectar los datos, se identificaron a las pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión; al localizar a cada posible participante se dio a conocer el objetivo del estudio, y el procedimiento a realizar.

Se obtuvo el consentimiento informado verbal y escrito, se le asignó una cédula única de datos sociodemográficos de participante que contiene las variables como: edad, tiempo de hospitalización, sexo, estado civil, último grado educativo alcanzado y servicio. A continuación se le invitó a proceder al llenado del instrumento. Una vez concluido, se agradeció a la participante, así como a la institución por su valiosa contribución en el presente estudio.

**Consideraciones éticas**

Se consideraron los aspectos éticos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014).

En el Título II, Capítulo I, Artículo 13. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, a fin de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, solicitando el consentimiento informado, al paciente que aceptó participar en el estudio.

Artículo 14 fracciones I, V, VII Y VIII. Se ajustaron a los principios científicos y éticos, se contó con el consentimiento informado verbal y escrito de las participantes que integraron la muestra de estudio. Se obtuvieron los permisos de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y del Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco". De acuerdo al Artículo 17 fracción I, el estudio se considera sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención que pudiera dañar la integridad de las participantes.

Referente al Artículo 20, los sujetos participaron sin coacción alguna, del Artículo 18 y 21, fracción VII, los participantes tuvieron la libertad de suspender su participación, si así lo deseaban. Artículo 22 fracciones I, II, V, VIII, se proporcionó una explicación clara y completa de los objetivos de la investigación, los procedimientos para la aplicación del instrumento, de recolección de datos, la garantía de recibir respuesta a cada pregunta y la seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

#### Estrategias de análisis de datos

Los datos obtenidos de la presente investigación fueron analizados utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Science [SPSS]) versión 25. Se empleó estadística descriptiva para obtener frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas; se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar normalidad de la distribución de los datos y se utilizó la prueba Chi cuadrado para determinar aso-

ciación de las variables de estudio con las variables demográficas.

#### Resultados

Los resultados del coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach fue de 0.89, del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería", considerándose alta confiabilidad (**tabla 1**). Los datos sociodemográficos indicaron que la muestra estuvo conformada por 150 participantes femeninas (100%); 88 de ellas pertenecían al grupo de edades de 20 a 29 años (58.7%) y solo dos participantes tenían edad mayor a 40 años (1.3%); en relación al estado civil predominó la unión libre (63.3%) y casada (14.7%); el nivel educativo máximo fue educación básica (58%) y el mínimo nivel superior (8%). La edad promedio fue de 24.2 años (como se muestra en la **tabla 2**).

La **tabla 3**, muestra la caracterización de 150 participantes femeninas obstétricas, la media de edad fue de 24 años, el tipo de parto 90 fueron eutócicos (60%) y 60 se les practicó cesárea (40%). Predominaron las primigestas con el 34.7%, seguidas de dos gestas con el 29.3%, tres gestas con el 39.0%, cuatro gestas con el 9.3% y cinco gestas con el 0.7%.

En la **tabla 4**, se muestra la estadística descriptiva de la dimensión cualidades del hacer de enfermería, que indica la posibilidad de que la puérpera manifieste estar confiada, sensaciones de bienestar y confianza, esperando de esto que la paciente perciba el respeto de quien le asiste. Por consiguiente, el 94.7% de las participantes percibieron que las enfermeras siempre le hacen sentir como personas, el 90.0% se sienten tranquilos cuando la enfermera esta con ellas, le generan confianza cuando la cuidan (89.3%), el 87.3% demuestran respeto por sus creencias y valores, el 84.0% le hacen sentirse bien atendida cuando dialogan con la enfermera, el 83.3% le tratan con amabilidad y el 76.0% le explican los cuidados usando una voz pausada.

El 10.7% de las participantes percibieron que casi siempre las tratan con amabilidad y el otro 10.7% manifestaron que algunas veces les explican los cuidados usando un tono pausado.

La Dimensión apertura a la comunicación enfermera(o) indica que de acuerdo a la percepción de las pacientes el cuidado humanizado siempre estuvo presente, expresado a través de los siguientes valores: la enfermera le mira a los ojos cuando le habla (78.7%), le facilitan el dialogo (73.2%), proporcionan información suficiente y oportuna para tomar decisiones acerca de su salud (71.3%), dedican tiempo para aclararle sus inquietudes (70.7%), dan indicaciones sobre su atención cuando lo requiere o según su situación de salud (69.3%), explican previamente los procedimientos (69.3%), responden con seguridad y claridad a sus preguntas (65.3%), sin embargo, mencionaron que las enfermeras indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos (40.0%) cuidado que se ubica con menor proporción en la interacción de cuidado humanizado (**tabla 5**).

La tercera dimensión Disposición para la atención de cuidado humanizado, muestra la percepción de las pacientes que indicaron que siempre estuvo presente el cuidado humanizado en los siguientes opciones: respetan su intimidad (91.3%), atienden oportunamente sus necesidades básicas (89.3%), muestran interés en su comodidad (84.7%), son responsables con su atención (79.3%), indican que les puede llamar al necesitarlas (78.0%), respetan sus decisiones (77.3%), están pendientes de usted (76.0%), escuchan atentamente (75.3%), dedican tiempo a su atención (74.0%), brindan un cuidado cálido y delicado (71.3%), llaman por su nombre (72.0%), ayudan a manejar su dolor físico (68.7%), permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento (62.0%), responden oportunamente a su llamado (57.3%), identifican sus necesidades físicas, psicológicas y

espirituales (51.3%), con la misma opción de respuesta aunque en menor porcentaje describieron que la enfermera pregunta y se preocupa por su estado de ánimo (46.0%), este último es considerado como área de oportunidad para fortalecer el cuidado (**tabla 6**).

**La tabla 7**, muestra los índices de cuidado humanizado en la percepción total del instrumento y en cada una de sus dimensiones, con los siguientes valores: Percepción total: 85.8, Valor mínimo = 35.4, Valor máximo = 100 y DE = 12.2; cualidades del hacer de enfermería = 92.8, Valor mínimo = 47.6, Valor máximo = 100 y DE = 11.0; apertura a la comunicación con la enfermera = 82.6, Valor mínimo = 29.1, Valor máximo = 100 y DE = 14.4; disposición para la atención = 84.4, Valor mínimo = 33.3, valor máximo = 100 y DE = 14.2 (Ver tabla 6 y figura 1).

Para dar respuesta al objetivo de identificar la asociación del cuidado humanizado en las pacientes obstétricas con las variables sociodemográficas y clínicas, se aplicó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), demostrando asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y las dimensiones cualidades del hacer de enfermería y apertura de la comunicación enfermera/o. Así también, se demuestra asociación entre el número de gesta y la dimensión disposición para la atención ( $\chi^2 = 0.08$ ). nivel de significancia de  $p < .05$  (**Tabla 8**).

#### Discusión

La muestra de mujeres puérperas en este estudio fue de 150; similar al estudio de Girón (2019) en donde su población estuvo conformada por 136 usuarias; diferente a la población del estudio de Calsin (2017), en donde su población fue de 209 usuarias gineco-obstétricas y también diferente al estudio de Vela (2015) en donde la muestra fueron 100 puérperas.

La edad promedio fue de 24.2 años, similar al estudio de Calsin (2017) con promedio de 23 a 30 años. El rango de más de 40 años

Tabla 1

*Consistencia interna del cuestionario*

Dimensiones del Cuestionario	Ítems	Ítems	Alpha de Cronbach
Cualidades del hacer de enfermería	1,2,6,7,8,15 y 17	7	.65
Apertura a la comunicación enfermera/o	4,5,9,10,11,12,14, y 19	8	.66
Disposición para la atención	3,13,16,18,20,21,22,23,24, 25,26,27,28,29,30,31, y 32	17	.84
Escala General	1-32	32	.89

*Nota:* Alpha de Cronbach = Nivel de fiabilidad de la escala medida.

*n* = 150

Tabla 2

*Variables sociodemográficas de las pacientes obstétricas*

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	150	100
Edad		
menos de 20 años	40	26.7
de 20 a 29 años	88	58.7
de 30 a 39 años	20	13.3
más de 40 años	2	1.3
Estado Civil		
Soltero	33	22.0
Casado	22	14.7
Unión libre	95	63.3
Nivel educativo		
Educación básica	87	58.0
Media superior	51	34.0
Nivel superior	12	8.0

*Nota:* *f* = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia relativa.

*n* = 150

Tabla 3

*Datos ginecológicos de las mujeres participantes*

Variable	<i>f</i>	%
Tipo de parto		
Eutócico	90	60.0
Cesárea	60	40.0
Gesta		
Una	52	34.7
Dos	44	29.3
Tres	39	26.0
Cuatro	14	9.3
Cinco	1	0.7

*Nota:* *f* = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia relativa.

*n* = 150

Tabla 4.

*Estadística descriptiva de la dimensión cualidades del hacer de enfermería*

Dimensión cualidades del hacer de enfermería	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Nunca	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Las enfermeras le hacen...	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sentir como una persona.	142	94.7	8	5.3	-	-	-	-
Sentirse tranquilo cuando está con usted.	135	90.0	7	4.7	8	5.3	-	-
Generan confianza cuando la cuidan.	134	89.3	8	5.3	7	4.7	1	0.7
Demuestran respeto por sus creencias y valores.	131	87.3	8	5.3	5	3.3	6	4.0
Hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted.	126	84.0	14	9.3	10	6.7	-	-
Tratan con amabilidad.	125	83.3	16	10.7	9	6.0	-	-
Explican los cuidados usando un tono de voz pausado.	114	76.0	14	9.3	16	10.7	6	4.0

*Nota:* *f* = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia relativa.

*n* = 150

Tabla 5

*Estadística descriptiva de la dimensión apertura a la comunicación con enfermería*

Dimensión apertura a la comunicación con la enfermera(o)	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Nunca	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Las enfermeras le...								
Miran a los ojos cuando le hablan.	118	78.7	17	11.3	13	8.7	2	1.3
Facilitan el dialogo.	110	73.3	22	14.7	17	11.3	1	0.7
Proporcionan información suficiente para tomar decisiones sobre su salud.	107	71.3	22	14.7	18	12.0	3	2.0
Dedican tiempo para aclararle sus inquietudes.	106	70.7	23	15.3	21	14.0	-	-
Dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud.	104	69.3	27	18.0	17	11.3	2	1.3
Explican previamente los procedimientos.	104	69.3	22	14.7	22	14.7	2	1.3
Responden con seguridad y claridad a sus preguntas.	95	65.3	29	19.3	98	65.3	-	-
Indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos.	60	40.0	24	16.0	50	33.3	16	10.7

Nota: *f* = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia relativa.

*n* = 150

Tabla 6

*Estadística descriptiva de la dimensión disposición para la atención de enfermería*

Dimensión disposición para la atención	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Nunca	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Respetan su intimidad	137	91.3	5	3.3	8	5.3	-	-
Atienden oportunamente sus necesidades básicas	134	89.3	10	6.7	6	4.0	-	-
Muestran interés en su comodidad	127	84.7	17	11.3	6	4.0	-	-
Son responsables con su atención	119	79.3	16	10.7	15	10	-	-
Indican que les puede llamar, al necesitarlas.	117	78.0	3	8.7	15	10	5	3.3
Respetan sus decisiones.	116	77.3	17	11.3	17	11.3	-	-
Están pendientes de usted.	114	76.0	17	11.3	18	12.0	1	0.7
Escuchan atentamente.	113	75.3	17	11.3	18	12.0	2	1.3
Dedican tiempo a su atención.	111	74.0	16	23.0	15.3	-	-	-
Brindan un cuidado cálido y delicado.	107	71.3	25	16.7	16	10.7	2	1.3
Llaman por su nombre.	108	72.0	9	6.0	22	14.7	11	7.3
Ayudan a manejar su dolor físico.	103	68.7	14	9.3	30	20.0	3	2.0
Permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.	93	62.0	26	17.3	22	14.7	9	6.0
Responden oportunamente a su llamado.	86	57.3	26	17.3	36	24.0	2	1.3
Identifican sus necesidades físicas, psicológicas y espiritual.	77	51.3	22	14.7	32	21.3	19	12.7
Preguntan y se preocupan por su estado de ánimo.	69	46.0	17	11.3	18	12.0	2	1.3

*Nota:* *f* = Frecuencia absoluta; % = Frecuencia relativa.

*n* = 150

Tabla 7

*Índice de las dimensiones de cuidado humanizado*

Dimensiones	$\bar{x}$	Valor		DE
		Min	Máx	
Cualidades del hacer de enfermería.	92.8	47.6	100	11.0
Disposición para la atención.	84.4	33.3	100	14.2
Apertura a la comunicación con la enfermera.	82.6	29.1	100	14.4
Percepción total del instrumento.	85.8	35.4	100	12.2

*Nota:* *f* = Frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa.

*n* = 150

Figura 1.

Índice de las dimensiones de Cuidado Humanizado

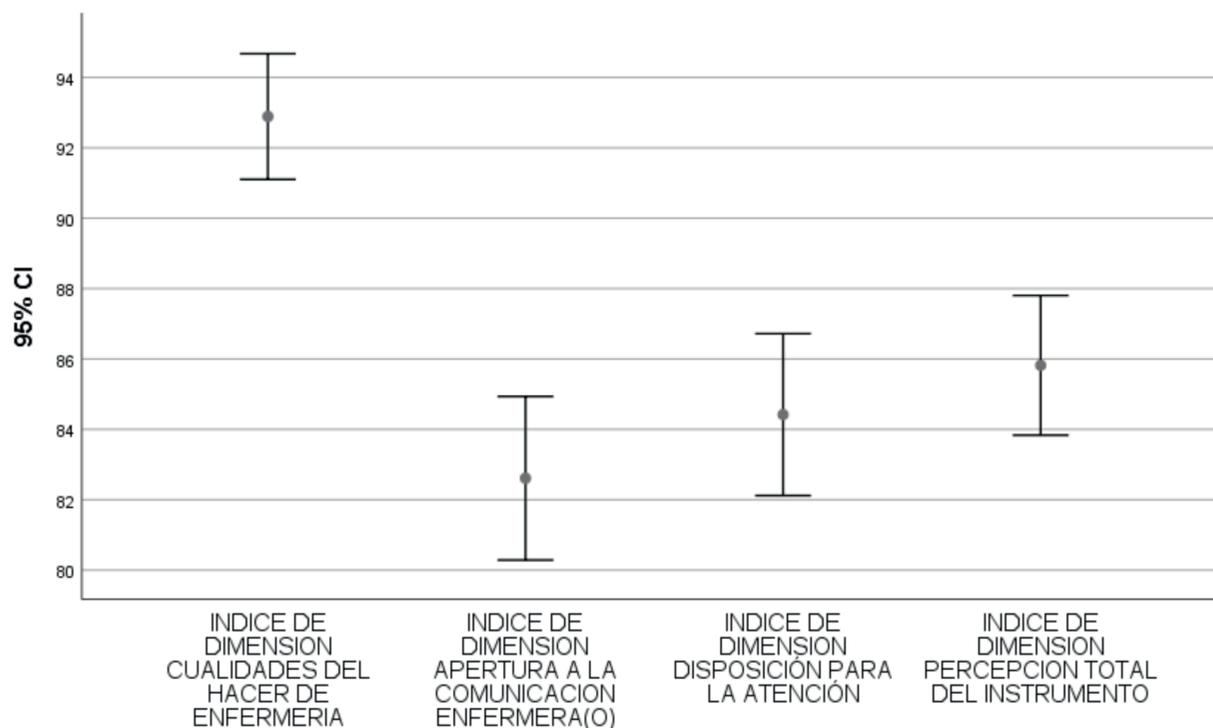


Tabla 8

Dimensión	Estado civil
Cualidades del hacer de enfermería	$\chi^2=14.4$ $gl=6$ $p=.02$
Apertura a la comunicación con la enfermera	$\chi^2=13.1$ $gl=6$ $p=.04$

Nota=  $\chi^2$ = Chi cuadrado, gl=grados de libertad

Fuente: Comportamiento de Cuidado humanizado Prueba de Chi-cuadrada

de enfermería (PCHE) n = 150

obtuvo minoría de dos participantes diferente al estudio de Calsin (2017) con 0.9% de más de 46 años. El estado civil de las participantes fue de unión libre (63.3%) diferente al estudio de Calsin (2017) con 80.2% que también se encuentran en unión libre. En la población de este estudio son casadas 24.7%, diferente al estudio de Calsin (2017) en donde 12.9 % también son casadas.

Cuentan con educación básica 58.0% diferente al estudio de Calsin (2017) en donde 49.5% terminaron la educación básica, el 8.0% de las participantes tienen nivel superior, diferente a Calsin (2017) en donde el 27.7% de su población cuenta con igual nivel educativo.

La dimensión Cualidades del hacer de enfermería, indicó facilitar que la paciente experimentará sensaciones de bienestar y confianza, logrando que percibiera respeto hacia su persona por parte de la enfermera, las participantes percibieron siempre el cuidado humanizado en los siguientes aspectos: les hacen sentir como personas, sentirse tranquilas cuando están con ellas, les generan confianza cuando las cuidan, demuestran respeto por sus creencias y valores, se sienten bien atendida al dialogar con la enfermera, le tratan con amabilidad y le explican los cuidados usando una voz pausada, a diferencia del estudio de Calsin (2017) en donde el 71.3% de las usuarias percibieron esta dimensión como deficiente en tanto el trato humanizado.

El 10.7% de las participantes percibieron que casi siempre las tratan con amabilidad, y con el mismo porcentaje algunas veces les explican los cuidados usando un tono pausado. En el índice de cualidades del hacer de enfermería, mostraron promedio 92.8, similar al estudio de Borges, Sánchez, Peñalver, González y Sixto (2021) que demostraron que el 75.2% que siempre percibieron cuidado humanizado y diferente a los datos de Matías (2019) demostrando que el 68.8% de sus participantes casi siempre el cuidado lo percibieron como humani-

zado, el 17.7% algunas veces, el 12.2% siempre y el 1.1% nunca la enfermera le brindo cuidado humanizado.

La Dimensión Apertura a la comunicación enfermera(o), trata de cómo se brinda el cuidado a la paciente obstétrica, considerando la importancia de lograr su cooperación y conductas acordes a la situación que vive como puérpera, identificando sus habilidades sociales, de conocimiento e intelectuales. Los resultados indicaron que de acuerdo a la percepción de las pacientes el cuidado humanizado siempre estuvo presente, en los siguientes aspectos: la enfermera le mira a los ojos cuando le habla (78.7%), le facilitan el dialogo (73.2%), proporcionan información suficiente y oportuna para tomar decisiones acerca de su salud (71.3%), dedican tiempo para aclararle sus inquietudes (70.7%), dan indicaciones sobre su atención cuando lo requiere o según su situación de salud (69.3%), explican previamente los procedimientos (69.3%), responden con seguridad y claridad a sus preguntas (65.3%), sin embargo mencionaron que las enfermeras indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos (40.0%), cuidado que se ubica con menor proporción en la interacción de cuidado humanizado a diferencia del estudio de Calsin (2017) que evaluaron esta dimensión como deficiente.

En cuanto a la Disposición que la enfermera ofrece al paciente para cuidarlo, en donde la observación es importante para ubicarlo en su entorno real e identificar sus necesidades más apremiantes fomentando la interacción entre ambos, las participante y el personal de enfermería, los datos refieren que siempre el cuidado humanizado estuvo presente indicaron: respetan su intimidad 91.3%, atienden oportunamente sus necesidades básicas 89.3%, muestran interés en su comodidad 84.7%, son responsables con su atención 79.3%, indican que les puede llamar al necesitarlas 78%, respetan sus decisiones 77.3%, están pendientes de

usted 76%, escuchan atentamente 75.3%, dedican tiempo a su atención 74%, brindan cuidado cálido y delicado 71.3%, llaman por su nombre 72%, ayudan a manejar su dolor físico 68.7%, permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento 62%, responden oportunamente a su llamado 57.3%, identifican sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales 51.3% .

En menor porcentaje describieron que la enfermera pregunta y se preocupa por su estado de ánimo 46%, este último es considerado como área de oportunidad para fortalecer el cuidado, a diferencia del estudio de Calsin (2017) en donde 81.1% percibieron deficiente cuidado humanizado en estos aspectos y también diferente al estudio de Matías (2019) en donde 56.6% casi siempre percibieron cuidado humanizado 33.3% algunas veces y 8.8% siempre y 1.1% nunca. La percepción total del instrumento PECHE empleado en esta investigación mostro  $x = 85.8$ , diferente a los resultados de Jesús, Pinedo y Tello (2017) que indicaron que el 23.3% de las puérperas adolescentes identificaron que el cuidado humanizado brindado por la enfermera es adecuado y el 30.0% lo percibieron como inadecuado y al estudio de Vela (2015) en donde el 35.0% de sus pacientes percibieron como adecuada la atención durante el parto y puerperio, y el 53.0% indicaron que la atención humanizada fue regular.

Se demuestra asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y las dimensiones cualidades del hacer de enfermería y apertura de la comunicación enfermera/o, diferente al estudio de Jesús, Pinedo y Tello (2017) que demostraron la asociación entre el cuidado humanizado de enfermería y el nivel de satisfacción percibida en puérperas adolescentes atendidas en el hospital regional de Loreto.

### Conclusiones

En la mayoría de las pacientes, el cuidado humanizado fue siempre percibido durante su hospitalización. Destaca que la

percepción de las puérperas respecto a las dimensiones de cuidado humano, en la mayoría de sus aspectos siempre fue percibida como cuidado humanizado, opinando que recibieron trato humano, amable, con actitud responsable, se les proporcionó comodidad y confort, haciendo su estancia hospitalaria más agradable, aportando orientación, y acompañamiento en el servicio de obstetricia, favoreciendo el vínculo de empatía, sensibilidad y solidaridad.

Manifiestan claramente lo que consideran cuidado humanizado, coincidiendo con algunos de los factores propuestos por diversos autores para considerar el cuidado como humanizado.

### Sugerencia

Establecer un programa que incluya la actualización en educación y formación dirigido al grupo de enfermería de todos los turnos, con la intención de sensibilizar al personal a ofrecer cuidado humanizado, brindando buen trato al paciente con visión basada en valores humanos y con enfoque humanitario.

### Referencias

- Álvarez, C. (2013). Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan*, 13,(1), 17-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7412868700>
- Beltrán O. (2015). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Investigation Education Nursing*. 33(1), 17-27.
- Beltrán, O. (2016). Atención impersonal o cuidado humanizado: Una decisión de enfermeras. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 34(3), 444-455.
- Biurrun, A. (2017). La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol (Tesis doctoral). Recuperada de [https://www.tesisenred.net/documentos/13/17/76/131776654088773604578032375609718107740/document\\_1.pdf](https://www.tesisenred.net/documentos/13/17/76/131776654088773604578032375609718107740/document_1.pdf)

- Borges, Sánchez, Peñalver, González & Sixto (2021). Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021 37(2). Recuperada de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4009/751>
- Burns, N., & Grove S. (2012). *Investigación en enfermería desarrollo de la práctica basada en la evidencia*. (5ta. Ed). Barcelona, España: Elsevier España, S.A.
- Calsin, M. (2017). Percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de ginecobstetricia del hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno (Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería). Recuperado de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3873>
- Figueroa, O. E., Hurtado, R., Valenzuela, D. G., Bernal, J. D., Duarte, C. D., & Cazares, F. A. (2017). Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias sonorenses. *Sanus*, 2(3), 14-21. Recuperado de <http://www.sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-03.pdf>
- Girón, A. N. (2019). Percepción de las usuarias sobre calidad del cuidado humanizado. *Rev. Bio Scientia*, 1, 19-22. Recuperado de <https://revistas.usfx.bo/index.php/bs/article/view/161>
- González-Hernández, O. J. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería tercera versión. *Aquichan*, 15(3), 381-392. doi:10.5294/aqui.2015.15.3.6
- Guerrero, Meneses, & De La Cruz. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. *Revista Enfermera Hereidiana*; 9(2),133-142. Recuperado de <https://revistas.upch.edu.pe>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). Violencia obstétrica. Recuperado de <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Censo de población y vivienda 2010. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Estadística a propósito de día internacional de la enfermera y el enfermero. Recuperado de <https://docplayer.es/12155899-Estadisticas-a-proposito-de-dia-internacional-de-la-enfermera-y-el-enfermero-6-de-en-ero-datos-nacionales.html>
- Jesús, L., Pinedo, J., & Tello, C. (2017). Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción percibida en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Loreto, 2016 (trabajo de investigación de especialidad). Universidad Peruana Unión, Lima.
- Matias.(2019). Percepción de la madre puérpera sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao. Recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/39913>
- Muñoz, Y., Coral, R., Moreno, D., Pinilla, D., & Suárez, Y. (2009). Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 18(4), 246-250. Recuperado de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/561/601>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=8EB57B262F05CA2D5CFD6F46F1B35E5B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=8EB57B262F05CA2D5CFD6F46F1B35E5B?sequence=1)
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Romero, E., Contreras, I., & Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de

pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 26-36. doi: 10.17151/hp-sal.2016.21.1.3 Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf) Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), el CENETEC, y Rochester-México, (2007). Recuperada de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf> Torres-Mora, C., & Rivas-Espinosa, J. G. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(3), 60-64. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica> Vela, C., G. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Recuperado de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4278> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=8EB57B262F05CA2D5CFD6F46F1B35E5B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=8EB57B262F05CA2D5CFD6F46F1B35E5B?sequence=1) Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.

Romero, E., Contreras, I., & Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 26-36. doi: 10.17151/hp-sal.2016.21.1.3

Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf) Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DM

TyDI), el CENETEC, y Rochester-México, (2007). Recuperada de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf> Torres-Mora, C., & Rivas-Espinosa, J. G. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(3), 60-64. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica> Vela, C., G. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Recuperado de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4278>

# Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía en un hospital de segundo nivel de atención

Nereida Adame Hernández \*

## Resumen

### Introducción

La ansiedad se caracteriza por ser un estado transitorio, que es percibido como aprehensión y tensión, que se refleja en el incremento de actividad del sistema nervioso autónomo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estima que más de 260 millones de personas padecen un trastorno de ansiedad, además considera que es un problema de salud mental que afecta las áreas laborales y productivas. Documentó en un periodo de 13 años (1990 a 2013), el número de casos de ansiedad y depresión incrementó casi un 50% (de 416 a 615 millones de casos).

### Objetivos

Identificar el nivel de ansiedad estado y rasgo en pacientes programados para cirugía mayor o menor, determinar el nivel de ansiedad estado y rasgo por sexo de los pacientes y describir las características sociodemográficas de los pacientes programados para cirugía mayor o menor en el estado preoperatorio

### Metodología

Diseño cuantitativo descriptivo y transversal, la muestra 51 pacientes de los servicios de hospitalización en un hospital de segundo nivel de atención en los meses de octubre y noviembre del año 2019, que cumplieran con los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para recolectar información se aplicó el instrumento State-Trait Anxiety Inventory (STAI) que consta de 40 reactivos.

### Resultado

El promedio de edad fue de 20 años a 71 años. Un 39.2% (20) hombres y un 60.8% (31) mujeres. En cuanto a la ansiedad estado agrupada resultó un nivel moderado de 58.8% y ansiedad rasgo agrupada con un nivel leve 35.29%. El sexo femenino (30) predominó con un nivel de ansiedad moderado de 61.3% (19) de la muestra.

### Conclusiones

Posterior a la realización de este estudio, se pudo comprobar que de los pacientes programados para cirugía mayor y menor incluidos en el estudio el mayor porcentaje presentó un nivel de ansiedad estado medio y un nivel de ansiedad rasgo leve. El personal de enfermería realiza una participación fundamental en el estado preoperatorio para la disminución del grado de ansiedad. Recomendaciones, sería conveniente sugerir a las instituciones de salud, establecer dentro de protocolos preoperatorios, la visita prequirúrgica.

**Palabras claves:** ansiedad estado, ansiedad rasgo,

## Abstract

### Introduction

Anxiety is characterized by being a transitory state, which is perceived as apprehension and tension, which is reflected in increased activity of the autonomic nervous system. The World Health Organization (WHO, 2017) estimates that more than 260 million people suffer from an anxiety disorder and considers that it is a mental health problem that affects work and productive areas. The organization documented in a period of 13 years (1990 to 2013), that the number of cases of anxiety and depression increased by almost 50% (from 416 to 615 million cases).

### Objectives

To identify the level of state and trait anxiety in patients scheduled for major or minor surgery, to determine the level of state and trait anxiety by sex of the patients and to describe the sociodemographic characteristics of the patients scheduled for major or minor surgery in the preoperative state

### Methodology

Descriptive and cross-sectional quantitative design, the sample was 51 patients from the hospitalization services in a second level care hospital in the months of October and November of the year 2019, who met the inclusion criteria. Sampling was non-probabilistic for convenience. To collect information, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) instrument was applied, consisting of 40 items.

### Results

The average age was from 20 years to 71 years. 39.2% (20) men and 60.8% (31) women. Regarding the grouped state anxiety, a moderate level of 58.8% was found, and grouped trait anxiety with a mild level of 35.29%. The female sex (30) predominated with a moderate level of anxiety of 61.3% (19) of the sample.

### Conclusions

After carrying out this study, it was possible to verify that of the patients scheduled for major and minor surgery included in the study, the highest percentage presented a medium level of state anxiety and a mild level of trait anxiety. The nursing staff performs a fundamental participation in the preoperative state to reduce the degree of anxiety. Recommendations, it would be convenient to suggest to the health institutions, to establish within preoperative protocols, the preoperative visit.

**Key words:** state anxiety, trait anxiety, preoperative

1 Universidad Autónoma de Tamaulipas, Campus Tampico.

\*Responsable de correspondencia: Dirección electrónica: nere.adame@outlook.com

## Introducción

### Marco conceptual

En este apartado se define la ansiedad, estado y la ansiedad rasgo, estos conceptos darán sustento al estudio, así como el concepto de periodo preoperatorio.

La ansiedad es definida como un trastorno afectivo, que implica un mal funcionamiento de los procesos emocionales del individuo. Para comprender mejor este concepto es necesario hacer una distinción fundamental, diferenciando la ansiedad clínica de la no clínica.

Spielberger (1972) propuso una distinción entre la ansiedad como estado emocional y como rasgo de personalidad. La ansiedad-estado es un “estado emocional” inmediato, modificable, caracterizado por una combinación de sentimientos de nerviosismo, tensión, aprensión, preocupación y pensamientos molestos que se acompañan de cambios fisiológicos. A diferencia de lo anterior, la ansiedad rasgo se refiere a los síntomas estables: las personas con un alto grado de ansiedad-rasgo perciben situaciones neutras como amenazantes y son susceptibles a sufrir ansiedad-estado con mayor intensidad (Ries, Castañeda, Campos, & del Castillo, 2012).

En personas que experimentan ansiedad-estado, se inicia un proceso psicofisiológico que modifica y/o distorsiona la percepción o valoración de una determinada situación. De esta manera, en la medida en que los mecanismos de defensa son exitosos, las circunstancias se perciben menos amenazantes. Por el contrario, en personas con ansiedad como rasgo, dichas amenazas persisten o se mantienen. Por su parte, Spielberger y Hackfort (1989), proponen que cuando la ansiedad-rasgo es elevada, ocurre un incremento de ansiedad-estado (Ries et al., 2012).

Moreyra (2016) señala que en la ansiedad patológica se conforma de cuadros sintomáticos que constituyen los denominados trastornos de ansiedad, entre los que se

encuentra el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y las fobias, entre otros. Esta ansiedad patológica se caracteriza por una sensación de angustia o miedo, acompañadas de deseo de huir, sin que la persona identifique con claridad el peligro o la causa de este sentimiento. Generalmente, esta ansiedad es el resultado de los problemas de la vida cotidiana y de sus ideas internas.

8-32 puntos y los ítems son (4, 5, 9, 10, 11, Ahora bien, con referencia al tema de cirugía, que es un elemento de suma importancia en esta investigación, Mori (2015) conoce, que es una rama de la medicina la cual se ocupa del tratamiento integral del enfermo mediante técnicas quirúrgicas manuales e instrumentales, su evolución está determinada por cambios sociales, económicos y culturales. La intervención quirúrgica es un paso del proceso que se realiza en pro de la recuperación o la conservación de la salud, que ofrece esperanzas a todas las personas que la requieren. El concepto de cirugía se puede clasificar según su extensión; en cirugía mayor y cirugía menor. Cirugía mayor se refiere a aquellos procedimientos que ponen al paciente en riesgo de morir o de presentar complicaciones como incapacidad o secuela estética grave. Son operaciones que necesitan anestesia general, reposición de volumen sanguíneo y hospitalización (Mori, 2015). La tendencia actual constituye en disminuir los tiempos de estancias medias de los pacientes a las que se denomina “cirugía mayor ambulatoria” Entre las ventajas de la cirugía mayor ambulatoria se encuentran: disminuir el estrés y/o ansiedad del paciente, disminuye la probabilidad de contraer infecciones nosocomiales, reintegración más pronto al ambiente laboral y familiar, reducción de costos y mayor disponibilidad de camas hospitalarias (Ruiz López, Escribano, & Landa García. 2006). La cirugía menor se define como intervenciones dirigidas a cier-

tas afecciones, cuyas técnicas y/o procedimientos requieren únicamente anestesia local. Dicha cirugía representa un régimen ambulatorio sin problemas médicos coexistentes y que habitualmente no requieren estancia postoperatoria (Domínguez, Galina, & Pérez, 2002).

Respecto a la fase preoperatoria, está iniciada con la decisión de proceder con la intervención quirúrgica, previendo 12 horas antes de la intervención, en ella se programa la ingesta de alimentos y/o líquidos que culminan con la transferencia de la persona a quirófano. En dicha fase se realizan procedimientos destinados a identificar condiciones físicas y psíquicas que pueden alterar la capacidad de la persona para prevenir complicaciones posoperatorias. Gran parte de la responsabilidad que implica esta etapa recae en la enfermera de hospitalización, que es quien está en contacto con el paciente en los días previos a su intervención (Mori, 2015).

El personal de enfermería está implicado en asegurar las mejores condiciones físicas y psicológicas del paciente. Para ello es indispensable realizar una valoración minuciosa y a partir de ello, elaborar un plan de cuidados individualizado, que garantice que el sujeto se encuentra en condiciones psicológicas y físicas óptimas para poder ingresar a cirugía y al periodo postoperatorio con las menores complicaciones o posibles riesgos.

#### Estudios relacionados

Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo y Borráz (2017) realizaron un estudio descriptivo con 21 sujetos, entre los 23 y 93 años, sometidos a colecistectomía laparoscópica entre abril y junio de 2016. El objetivo de estudio fue identificar la ansiedad en dichos sujetos y conocer su asociación con el sexo, antecedentes quirúrgicos y tiempo de hospitalización. Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados muestran que el 33.3% de los participantes presentó ansiedad leve, 52.4% moderada y 14.3% ansiedad severa. No se detectaron diferencias signifi-

cativas por sexo, ni en tiempo de hospitalización, sin embargo, se detectó que los participantes sin antecedentes quirúrgicos presentaron más ansiedad en comparación con aquellos que reportaban este antecedente.

Gaona y Contenido (2017) efectuaron un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional, con una muestra de 75 participantes prequirúrgicos que ingresaron al área de cirugía general en un hospital general de Ecuador. El instrumento de medición fue la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los resultados demuestran que del total del grupo entrevistado 50.7% presentaron un nivel de ansiedad leve, 33.3% moderada y 2.7% lo presentó de manera grave. Cabe destacar que el 13.3% se ubicó en la categoría ausencia de ansiedad.

Leon-Giron, Betancourt, Orozco-Chamorro, Cabra-Bautista y Calvache (2017) realizaron un estudio observacional de corte transversal con 150 participantes (55% fueron de género femenino), entre 18 y 70 años, que recibieron anestesia general para cirugía en un hospital de III nivel de atención de Colombia. Se determinó la prevalencia de ansiedad mediante la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS por sus siglas en inglés).

La ansiedad preoperatoria se encontró en el 13% de los pacientes, las mujeres resultaron más ansiosas que los hombres, así como los pacientes que fueron ambulatorios. El 76.8% requerían información adicional acerca de procedimiento quirúrgico y/o anestésico, 18.5% requerían información promedio y 4.6% información detallada.

Chávez (2016) llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo y transversal. La población de estudio estuvo constituida por 139 pacientes prequirúrgicos de cirugía electiva en las especialidades de cirugía general, traumatología y otorrinolaringología, atendidos en un hospital de Perú. El instrumento utilizado fue la Escala de ansiedad de Hamilton. Los resultados

muestran que el 22% presentó ansiedad en el estado preoperatorio. Además, se encontró que la edad, sexo, tipo de cirugía, horas de sueño previas, historia de consumo de medicación psicotrópica, grado de instrucción y ausencia de cirugía previa, son factores asociados a la ansiedad preoperatoria.

Moreyra (2016) efectuó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra fue de 32 gestantes ingresadas para cesárea en sala de operaciones en un hospital peruano. El tipo y grado de ansiedad fue determinada mediante la escala de ansiedad de Hamilton. Como resultados se encontró que el 78.1% presentaron ansiedad media y el 12.5% presentó ansiedad ligera. Con respecto a los elementos cognitivos, la ansiedad media se presentó en el 90.6% y solo el 9.4% representó ansiedad elevada. Se concluyó que la ansiedad se da en diferentes situaciones adversas o que suponen peligro para la integridad de las personas.

Cardozo, Betancourt, Medina y Sirit (2018) realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con una muestra no probabilística de 125 participantes (61.8% mujeres) evaluados en la consulta preanestésica para cirugía electiva de especialidades. Para medir la ansiedad preoperatoria se aplicó la escala APAIS. Los resultados confirman la existencia de algún nivel de ansiedad en 82.9% de los participantes: Leve 64.5%, moderada 17.1% y severa 1.3%. Además, se encontró asociación entre nivel de ansiedad y necesidad de información.

Mori (2015) realizó un estudio con diseño descriptivo y transversal, con 58 pacientes en periodo preoperatorio hospitalizadas en el servicio de cirugía de un hospital de Perú. El instrumento de medición fue el test de nivel de ansiedad con una confiabilidad de .76. Los resultados muestran que el 81% de los participantes presentaron nivel de ansiedad de mínima a moderada, el 15.5% de ansiedad marcada a severa y el 3.5% ansiedad normal. Los resultados por sexo indican

que los porcentajes mayores tanto de hombres (46.6%), como de mujeres (34.5%), se ubicaron en nivel de ansiedad de mínima a moderada. También se reportó que los participantes que son sometidos a cirugía mayor presentan mayores niveles de ansiedad en comparación con los que se exponen a cirugía menor.

Quijano (2015) realizó un trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal en donde la muestra fue de 30 pacientes programados para apendicetomía, en el cual se midió el nivel de ansiedad en el estado preoperatorio del servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, se utilizó como instrumento la Escala de Spielberger. Los resultados evidenciaron que el 70% de los pacientes tuvo un nivel de ansiedad medio, seguido del 17% altos y el 13% bajo, en la dimensión síntomas positivos 50% tuvo un nivel de ansiedad medio, 27% bajo y 23% bajo. El autor concluye que el nivel de ansiedad en el preoperatorio es medio; los pacientes refieren sentirse preocupado, nerviosos, tristes e inquietos.

Doñante et al. (2015) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra aleatoria de 99 participantes, entre 55 y 93 años, programados para intervención quirúrgica en un hospital español. Se utilizó la escala APAIS y el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI-AE por sus siglas en inglés). El 48.6% de la muestra fueron hombres y 51.5% mujeres. Entre los resultados de interés se encontró que el total de participantes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica por vez primera presentaron ansiedad previa, además un 85.2% del grupo de participantes que se sometieron previamente a un procedimiento quirúrgico también la presentaron. Además, se detectó una correlación entre el nivel de ansiedad y el grado de información que recibieron los participantes.

Ham y Pardo (2014) llevaron a cabo un estudio observacional y transversal, para determinar el nivel de ansiedad en una

muestra de 75 participantes, entre 14 y 65 años, con cirugía electiva programada en el hospital de Ginecología y obstetricia del IMIEM. Para medir ansiedad se utilizó la escala APAIS y la de Spielberger. Comparando entre las dos encuestas o escalas de APAIS y Spielberger en la población. Se encontró que el 28% de la muestra se considera en un estado ansioso, Además, se detectó que el 49.3% de los individuos necesitaban poca información respecto a la intervención, 18.6% necesitaban información promedio y 32% necesitaba mucha información.

### **Definición operacional**

Para este estudio se consideró presente la ansiedad estado para los hombres cuando la sumatoria total de los ítems sea de 28 puntos lo que ubica por el centil 50 y en las mujeres adultas 31 puntos, considerándose ansiedad estado bajo. Se consideró nivel medio de ansiedad estado cuando el total de los ítems en hombres sea de 33 puntos y en mujeres 37 puntos, ubicado en el centil 80-55 y alta cuando en hombres la sumatoria sea de 47-60 puntos en hombres y mujeres 46-60 ubicándolo por el centil 99. Se consideró ansiedad rasgo para los hombres cuando la sumatorio total de ítems sea de 25 puntos lo que lo ubica por el centil 75 y en mujeres 32 puntos, considerándose ansiedad rasgo leve.

Se consideró ansiedad rasgo nivel bajo ubicado en el centil 50 en hombres y mujeres, el nivel medio de AR cuando el total de los ítems sea de 29 puntos la sumatoria en los hombres y mujeres 37 puntos, ubicándolo en el centil 80-55. El nivel alto de ansiedad rasgo ubicado en el centil 99 es como resultado de la sumatoria en hombres de 46-60 puntos y en mujeres 49-60 puntos

### **Objetivo general**

Identificar el nivel de ansiedad estado y rasgo en pacientes programados para cirugía mayor o menor, que ingresen al Hospital Civil de Cd. Madero, Tamaulipas en los meses de octubre y noviembre del año

2019.

### **Objetivos específicos**

Describir las características sociodemográficas de los pacientes programados para cirugía mayor o menor, que ingresen al Hospital Civil de Cd. Madero Tamaulipas en los meses de octubre y noviembre del año 2019.

Determinar el nivel de ansiedad estado y rasgo por sexo de los pacientes para cirugía mayor o menor, que ingresen al Hospital Civil de Cd. Madero Tamaulipas en los meses de octubre y noviembre del año 2019.

### **Material y Métodos**

En este capítulo se detalla el diseño del estudio, la población, muestra y el muestreo, el procedimiento de selección de los participantes para este estudio, el instrumento de recolección de información, consideraciones éticas y estrategia de análisis de datos.

### **Diseño del estudio**

El estudio fue cuantitativo, de diseño descriptivo y transversal (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Ya que solo se identificó el nivel de ansiedad estado y rasgo en pacientes programados para cirugía mayor o menor en el Hospital Civil de Madero.

### **Población, muestra y muestreo**

La población fue conformada por pacientes programados a cirugía mayor o menor que ingresaron al Hospital Civil de Cd. Madero de Tamaulipas en los meses de octubre y noviembre del año 2019, que cumplieron los criterios de inclusión. Logrando encuestar a un total de 51 pacientes. Se trata de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes de ambos sexos programados para cirugía mayor o menor. Mayores de 18 años, que accedan a responder el cuestionario.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con algún trastorno de tipo cognitivo que les impida contestar el cuestionario.

### Instrumentos de medición

El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: La ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de un total de 4 ítems (20 de cada uno de los conceptos). El marco de referencia temporales en el caso de la ansiedad como estado "ahora mismo, en este momento", y en la ansiedad como rasgo "en general, en la mayoría de las ocasiones". Se trata de una escala auto aplicada. Siendo útil tanto en la población en aparente salud como en los pacientes con salud deficiente dentro del área intrahospitalaria (Buela-Casal, Guillén-Riquelme, & Seisdedos-Cubero, 2015).

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. La puntuación de estado oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0=nada, 1=algo, 2=bastante y 3=mucho). En algunos de los ítems de la ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3=nada, 2=algo, 1=bastante y 0=mucho), los ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. La puntuación en los ítems de rasgo también oscila entre 0 y 3 pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0=casi nunca, 1=a veces, 2=a menudo y 3=casi siempre).

En algunos de los ítems de la ansiedad-rasgo es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación (3=casi nunca, 2=a veces, 1=a menudo y 0=casi siempre) esos ítems son 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función al sexo y la edad (Buela-Casal et al., 2015).

### Procedimiento de recolección de datos

Se obtuvieron los permisos correspondientes del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, así como de la institución participante, donde se llevó a cabo el estudio. A los pacientes que decidieron participar de forma voluntaria y anónima, se les dio a conocer los objetivos de la investigación y se les explicó en qué consistió su participación, leyéndose el consentimiento informado y solicitando así, la firma de este. La aplicación de los cuestionarios se realizó en el momento en el que el paciente consintió su participación. Se garantizó en todo momento la privacidad y el anonimato de cada uno de los participantes y al término del llenado de los cuestionarios se les agradeció por su valiosa participación.

### Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). En el título segundo Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos con relación al Artículo 13, en la investigación prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, protección de derechos y bienestar del sujeto de estudio; Artículo 14 Fracciones I, V Y VIII, se ajustaron a los principios científicos y éticos y realizándose por profesionales de la Salud. Se contó con el consentimiento informado verbal y escrito de los participantes que conformaron la muestra.

Se contó con el dictamen del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, así como el del Hospital Civil de Cd. Madero Tamaulipas. Artículo 16, se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación. Artículo 17, con relación a las características de la investigación fue considerada de mínimo riesgo. De acuerdo con el Artículo 20 de

## CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

todos los pacientes participaron sin coacción alguna, conforme lo marca el artículo. Referente al Artículo 21 Fracciones I, II, V, VIII.

Se les proporcionó una explicación clara y compleja y completa de los objetivos de la investigación, los procedimientos para la aplicación del cuestionario. La garantía de recibir la respuesta a cada pregunta y la seguridad de que se mantuvo la confidencialidad de información relacionada con su privacidad.

Referente al Artículo 22 Fracciones I, II, III, IV, V. Se formuló por escrito el consentimiento informado, el cual fue elaborado por el investigador principal, fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución de atención a la salud, en el que fue firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación. Título sexto respecto la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud capítulo único referente al Artículo 113. La conducción de la investigación estuvo dirigida por el investigador principal, siendo un profesional de la salud con la formación académica para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de área de adscripción (Secretaría de Salud, 2014).

#### Estrategia de análisis de datos

La captura de la información se realizó utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 20.0. Se construyó una base de datos, realizando un análisis descriptivo de la muestra utilizando estadística descriptiva, frecuencias y medias. Para el análisis de la variable de estudio, se utilizaron frecuencias y percentiles.

#### Resultados

La tabla 1 muestra los resultados de la consistencia interna del instrumento, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) pertenece el Alpha de Cronbach general fue de .91, la escala de ansiedad estado reporto un Alpha de Cronbach de .83 y en ansiedad rasgo de

.84 de confiabilidad.

En la tabla 2, se presenta la caracterización de la muestra de estudio. Los resultados evidenciaron que el total de la muestra estudiada de 51 pacientes incluidos, el 39.2% (20) resultó ser hombres y un 60.8% (31) mujeres. La media de edad fue 37 años en hombres y en mujeres la media fue de 45 años. En cuanto al servicio de atención se observó que el 45.1% (23) de los pacientes se concentró en el servicio de cirugía general, el 27.5% (14) traumatología, el 23.5% (12), ginecología un 2 % en urología (1), y oncología quirúrgica 2.0% (1).

La tabla 3 muestra los resultados sobre la ansiedad estado por sexo de los pacientes programados para cirugía, estos resultados mostraron que el 75 % de los hombres, tenían un nivel medio de ansiedad estado y un 10 % presentaron un nivel de ansiedad estado alto. En cuanto a las mujeres el 26.40 % presentó un nivel medio y un 7.0% presentaron un nivel alto.

Los resultados del nivel ansiedad rasgo (AR) se muestran en la tabla 4, se aprecia que el 35.5 % de las mujeres presentaron un nivel de AR leve, el 29 % alto y el 58.0% de las mujeres presentaron un nivel medio de AR. En lo que respecta al nivel de ansiedad rasgo en los hombres se encontró que el 35.0 % presentó un nivel bajo, el 35.0% nivel medio y un 30 % nivel alto de AR.

#### Discusión

Este estudio permitió identificar el nivel de ansiedad estado y rasgo en pacientes programados para cirugía mayor. De acuerdo con el resultado predominó un nivel moderado de AE 58.82% y un nivel leve de 35.29% de todos los participantes incluidos en el estudio. En cuanto al nivel de AE por sexo de los participantes se encontró en hombres un nivel moderado en un 55.0 %, las mujeres presentaron un nivel moderado AE en 61.3%. En cuanto al nivel de AR tanto hombres como mujeres presentaron un nivel leve en un 35 % de los participantes.

Tabla 1

*Consistencia interna del instrumento*

	Ítems	$\alpha$
<i>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>		
<i>Ansiedad estado</i>	1-20	.83
<i>Ansiedad rasgo</i>	21-40	.84
<i>Escala general</i>	1-40	.91

Nota:  $\alpha$  = Alpha de Cronbach.

Fuente: State Trait Anxiety Inventory (STAI).

n= 51

Tabla 2

*Variables sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio*

Sexo	f	%
<i>Hombre</i>	20	39.2%
<i>Mujer</i>	31	60.8%

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: State Trait Anxiety Inventory (STAI).

n= 51

Tabla 3

*Frecuencias de ansiedad estado por sexo*

Sexo	Rango	f	%
<i>Hombre</i>			
	<i>Bajo</i>	3	15.0
	<i>Medio</i>	15	75.0
	<i>Alto</i>	2	10.0
<i>Mujer</i>			
	<i>Bajo</i>	4	13.0
	<i>Medio</i>	25	26.40
	<i>Alto</i>	2	7.0

Nota= frecuencia, % = porcentaje.

Fuente: State Trait Anxiety Inventory (STAI).

n= 51

Tabla 4  
*Frecuencias ansiedad rasgo por sexo*

<i>Sexo</i>	<i>Rango</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Hombre</i>			
	<i>Bajo</i>	7	35
	<i>Medio</i>	7	35
	<i>Alto</i>	6	30
<i>Mujer</i>			
	<i>Bajo</i>	11	35.5
	<i>Medio</i>	18	58
	<i>Alto</i>	9	29

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

*Fuente: State Trait Anxiety Inventory (STAI).*

*n= 51*

En los resultados que encontraron los autores, Quintero et al. (2017) y Moreyra (2016) muestran que los procedimientos quirúrgicos generan ansiedad, demostrando que no se encuentra asociación entre el grado de ansiedad y el sexo antes del procedimiento quirúrgico. Concorde con los resultados del presente estudio, al evidenciar niveles de ansiedad en todos los participantes de la investigación. Predominando con mayores grados de ansiedad en mujeres, en acuerdo de los resultados de Chávez (2016) y Leon-Giron et al. (2017). La presencia de ansiedad preoperatoria en un nivel moderado en los participantes fue demostrada en este estudio concordando con los autores, Morí (2015) y Quijano (2015) estos autores en sus resultados mostraron que los pacientes presentaron un nivel de ansiedad estado moderado antes de la cirugía.

A diferencia de Cardozo et al. (2018) junto con Gaona y Contento (2017) encontraron entre sus participantes un nivel de ansiedad estado leve en ambos sexos sin existir predominación de alguno en específico. Los autores Ham y Pardo (2014) y Mirango et al.

(2015) coinciden en la discusión, que el personal de enfermería realiza una participación fundamental en el estado preoperatorio para la disminución del grado de ansiedad.

#### Conclusiones

Posterior a la realización de este estudio, se pudo comprobar que de los pacientes programados para cirugía mayor y menor incluidos en el estudio el mayor porcentaje presento un nivel de ansiedad estado medio y un nivel de ansiedad rasgo leve.

#### Recomendaciones

Sería conveniente sugerir a las instituciones de salud, establecer dentro de los protocolos preoperatorios, la visita prequirúrgica.

#### Referencias

- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos-Cubero, N. (2015). STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. 9ª Ed. Madrid: TEA ediciones.
- Cardozo, R., Betancourt, L., Medina, M., & Sirit, I. (2018). Niveles de ansiedad en pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. *Vitae*, 73(1), 1-10.

## CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

- Chávez, B. A. (2016). Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Domínguez Romero, M., Galiana Martínez, J.A., & Pérez Vega, F.J. (2002). Manual de cirugía menor. Madrid: Aran Ediciones S.L.
- Doñate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y., & Martínez Serrano, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.
- Gaona, D., & Contenido, B. (2017). Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga*, 3(1), 38-43.
- Ham, K. O., & Pardo, R.V. (2014). Ansiedad preoperatoria. *Investigación Materno Infantil*, 6(2), 79-84.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Leon-Giron, L., Betancourt, J., Orozco-Chamorro, C., Cabra-Bautista, G.P., & Calvache, J.A. (2017). Evaluación de la ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a anestesia general. Estudio observacional. *Revista Facultad de Salud*, 9(1), 27-34.
- Mirango, D., Litago, A., Monge, S., & Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 37(1), 170-180.
- Moreyra, M. (2016). Nivel de ansiedad en las gestantes programadas para cesáreas en el hospital de apoyo Huanta Ayacucho. *Ateneo Repositorio Digital*, 1(2), 1-37.
- Mori, S. (2015). Nivel de ansiedad de la persona en el periodo preoperatorio servicio de cirugía Hospital II Rioja San Martín (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas, Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud Mental: Día mundial de la salud mental 2017, la salud mental en el lugar de trabajo. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-mental-2017-salud-mental-trabajo>
- Quijano, S. P. (2015). Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital de Dos de Mayo. *Ateneo Repositorio Digital*, 4(9), 1-61.
- Quintero, A., Yasnó, D.A., Riveros, O.L., Castillo, J., & Borráez, B.A. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: Un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir*, 32, 115-120.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M.C., & del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Rio del, J. F., Cabello, F., Cabello, M. A., & Aragón, J. (2017). Cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI): Análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica Colombia*, 17(1), 1-10.
- Ruiz López P., Escribano, O., & Landa García, J. I. (2006). Gestión clínica en cirugía. Volumen 8 de Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos: Sección de calidad. Madrid: Arán Ediciones.
- Secretaría de Salud. (2010). Guía de la práctica clínica diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBi>

## CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

---

blio/regley/Reg\_LGS\_MIS.pdf

Spielberger, C.D., & Hackfort, C. (1989). Anxiety in sports: an international perspective. New York: Hemisphere Pub. Corp.

Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En Spielberger, C.D. (Ed.), Anxiety Behavior (pp. 23-49). New York: Academic Press.

.

.

## Violencia en el noviazgo y autoeficacia percibida para el uso de condón en adolescentes escolarizados

Cárdenas Cortés Adriana Mayela<sup>1\*</sup>, Martínez Cervantes Roxana<sup>1</sup>  
Campos González Andrea<sup>1</sup>, Esparza García Karla Daniela<sup>1</sup>

### Resumen

**Introducción:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud sexual es el bienestar físico, mental y social con relación a la sexualidad, ello implica el trato respetuoso libre de violencia y discriminación (OMS, 2020). No solo abarca educación en materia de reproducción y prevención de enfermedades transmisibles, sino también las relaciones interpersonales efectivas, es decir relaciones positivas de noviazgo. Sin embargo, el grupo de mujeres y hombres adolescentes puede ser víctima de violencia anticonceptiva, al aceptar riesgos por la poca o nula utilización del condón (Estrada, y otros, 2019). **Objetivo:** Identificar violencia en el noviazgo y autoeficacia percibida para el uso de condón en adolescentes escolarizados de nivel básico en la Cd. de Torreón, Coahuila. **Métodos:** Mediante un diseño transversal y descriptivo, se seleccionó por criterio a 188 adolescentes escolarizados de nivel básico, con relaciones de noviazgo actual o en el último mes, autoadministrándose el cuestionario de violencia entre novios, con 42 ítems en escala ordinal y la escala de autoeficacia percibida para el uso de condón con 14 ítems en escala ordinal. Previa autorización de directivos y consentimiento de padres y/o tutores. El plan de análisis se realizó en SPSS v 23, obteniéndose estadística descriptiva. **Resultados:** La mayor parte fueron mujeres (68.1%), de primer grado (43.6%), 8.5% con inicio de vida sexual activa, con promedio de edad de 13.11 años ( $\pm .94$ ) y tiempo de relación de noviazgo de 3.8 meses ( $\pm 5.2$ ). En relación con el índice de violencia general, el 14.4% nunca ha sido victimizada (o), 85.1% casi nunca y .5% algunas veces, por sexo los resultados reflejan que 11.6% nunca han estado expuestos, 86.6% casi nunca y 1.6% algunas veces, vs 15.6% nunca y 84.4% casi nunca, determinándose bidireccional. La autoeficacia percibida para el uso de condón fue de seguridad en 80%. **Discusión y Conclusión:** La salud sexual de los adolescentes debe ser abordada desde la perspectiva de todos los factores que impliquen un riesgo o daño, y aunque son pocos los estudiantes que iniciaron vida sexual, se pueden notar inseguridad en la utilización de condón y algunos casos; violencia, entre los que sobresalen desapego y coerción.

**Palabras clave:** Violencia, Delitos Sexuales, Autoeficacia, Anticoncepción, Adolescente.

### Abstrac

**Introduction:** According to the World Health Organization (WHO) sexual health is physical, mental, and social well-being in relation to sexuality, this implies respectful treatment free of violence and discrimination (WHO, 2020). It not only covers education on reproduction and prevention of communicable diseases, but also effective interpersonal relationships, that is, positive dating relationships. However, the group of adolescent women and men can be victims of contraceptive violence, by accepting risks due to little or no use of condoms (Estrada, et al., 2019). **Objective:** To identify dating violence and perceived self-efficacy for condom use in adolescents enrolled in elementary school in Torreón, Coahuila. **Methodology:** Through a cross-sectional and descriptive design, 188 adolescents enrolled in elementary school, with current dating relationships or in the last month, were selected by criteria, self-administering the dating violence questionnaire, with 42 items on an ordinal scale; and the perceived self-efficacy scale for condom use with 14 items on an ordinal scale. Prior authorization from managers and consent of parents and/or guardians. The analysis plan was carried out in SPSS v 23, obtaining descriptive statistics. **Results:** Most of them were women (68.1%), first degree (43.6%), 8.5% with the beginning of an active sexual life, with an average age of 13.11 years ( $\pm .94$ ) and a dating relationship of 3.8 months ( $\pm 5.2$ ). In relation to the general violence index, 14.4% have never been victimized (or), 85.1% almost never and 0.5% sometimes. By sex, the results show that 11.6% have never been exposed, 86.6% almost never and 1.6% sometimes, vs 15.6% never and 84.4% almost never, determining bidirectional. Perceived self-efficacy for condom use was 80% safe. **Discussion and Conclusion:** The sexual health of adolescents must be approached from the perspective of all the factors that imply a risk or damage, and although there are few students who started a sexual life, insecurity in the use of condoms and some cases can be noted; violence, among which detachment and coercion stand out. **Keywords:** Violence, Sexual Offenses, Self-efficacy, Contraception, Adolescent.

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Unidad Torreón

\* Responsable de correspondencia: dirección electronica: maestria-enfermeria@hotmail.com

## Introducción

La violencia de pareja se conceptúa como las agresiones físicas, psicológicas, mentales y sexuales que tiene por objeto mantener el control de la otra persona, sin embargo esta definición se ha limitado a través del tiempo a las relaciones estables o más estructuradas, excluyéndose a la pareja de novios, en donde se ha demostrado su ocurrencia, y en que su estudio es importante hacia la perpetuación en relaciones futuras y/o durante el matrimonio, en donde puede manifestarse con mayor gravedad como violencia doméstica (Instituto Mexicano de la Juventud [INJUVE], 2017).

En relación, su ocurrencia termina siendo parte de un ciclo, ya que al observarse o vivenciarse violencia doméstica, esta se incluye como factor de riesgo de agresiones en parejas jóvenes, aunado a los mitos y creencias del amor romántico, sexismo ambivalente, roles de género que la sociedad y la familia han determinado a las mujeres y hombres, finalmente la carga emocional, que generalmente previene de falta de inteligencia emocional y déficit de la capacidad para solucionar conflictos (Nava, Rojas, Greathouse, & Morales, 2018).

En Latinoamérica estudios realizados durante el periodo comprendido entre los años 2000-2017, han demostrado que los tipos de violencia que tienen mayor ocurrencia en las y los adolescentes fueron; psicológica (30%), la agrupación de todos los tipos de violencia (27%), violencia mutua bidireccional (10%), verbal, psicológica y física (7%), violencia psicológica mutua (5%), física, psicológica-emocional, sexual y no especificada (3%) y emocional (2%), señalándose que desde una perspectiva de género la prevalencia entre hombres y mujeres se comporta de forma bidireccional (Cárdenas Villalba, 2020).

Sin embargo, en este grupo la violencia pasa la mayoría de las veces desapercibida, debido a múltiples factores tales como la poca o nula experiencia emocional o bien

por creencias de idealización del amor y la permisividad de conductas agresivas que son percibidas como normales, tales como celos, empujones o cachetadas, amenazas ficticias de carácter emocional, insultos, entre otras, que en este grupo principalmente puede ser identificado como un juego y posteriormente termina aceptándose ante la creencia de que se está enamorada (o), (INJUVE, 2017).

Sin embargo, existe evidencia de que durante el noviazgo se ejecuta violencia de bajo nivel, es decir sin consecuencias graves para alguno de los miembros de la relación, sin embargo su estudio preocupa ya que su ocurrencia aumenta la probabilidad en 51% de réplica durante relaciones futuras de convivencia o en el matrimonio, por otra parte coexiste información que comprueba que cuanto más joven sea la pareja, mayor es la probabilidad de que se presenten actos violentos, esto considerando los daños y lesiones que traerá consigo (Cárdenas Villalba, 2020).

En específico la perpetración de las agresiones sexuales tiene repercusiones en la salud sexual y reproductiva, tales como son sexo inseguro y embarazo, por ello en México la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, señala que deberán aplicarse acciones para prevenir y/o erradicar la violencia en este sector en apego a su derecho a la salud, y orientada a la prevención y control de enfermedades, sin discriminación y con perspectiva de género, ya que de estas condiciones dependerá la calidad de vida durante la etapa adulta con especial repercusión en los índices del desarrollo humano del país (Secretaría de Salud, 2015; Cárdenas, Villalba 2020).

Por otra parte, existe interés en el abordaje de la sexualidad en el grupo de 10 a 14 años ya que se ha asociado con abuso o violencia sexual, en México 3 de cada 4 niñas que tienen un hijo o hija están casadas o vive en pareja, generalmente con hombres 10 años

mayores, entre las de 10 u 11 años la proporción es de 31% y de 12 a 14 es de 19%, señalándose un incrementó de deserción escolar en una tasa superior a 11.5 por cada mil, que aunado a las consecuencias físico-orgánicas, psicológicas y sociales que el embarazo trae consigo, ante la deserción escolar existe mayor desventaja en la adquisición de capacidades frente al uso de métodos anticonceptivos y por ende ante la prevención de infecciones sexuales, (Gobierno de la República, México., 2015; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Entre los factores para la utilización de estos, están la capacidad para negociar, el conocimiento de su funcionalidad en la prevención de riesgos sexuales y reproductivos, las habilidades y motivación para obtenerlos y utilizarlos, denominado autoeficacia y que se ha relacionado en diversos estudios con indicadores de equidad de género. Resultados de un estudio en el sur del país en hombres demuestra que frente al uso del condón (método más utilizado por este grupo) dos tercios posee alto nivel de eficacia (61.6%) y 49.5% es capaz de negociar con la pareja sobre la forma de prevención del embarazo o enfermedades, sin embargo, 67.1% refiere incapacidad para rehusarse a tener relaciones sexuales sin condón (Estrada, et al., 2017).

Respecto al nivel de autoeficacia frente al uso de condón por las mujeres se ha evidenciado que poseen mayor capacidad para pedir utilizar el condón durante sus relaciones sexuales en comparación con los hombres (U de Mann-Whitney = 10.737;  $z = 4.84$ ;  $p = 0.00$ ), sin embargo los hombres poseen mayor eficacia respecto a los estilos de negociación basados en la evitación de encuentros sexuales sin utilizarlo (U de Mann-Whitney = 6.679;  $z = -1.93$ ;  $p = 0.04$ ) y se ajustan a no usarlo si la pareja lo desea (U de Mann-Whitney = 4.287;  $z = -5.91$ ;  $p = 0.00$ ) (Palacios-Delgado, & Ortego-García, 2020).

Por lo anterior, el propósito de estudio es identificar violencia en el noviazgo, las diferencias por género y el nivel de autoeficacia percibida para el uso de condón en adolescentes escolarizados de nivel básico en la Cd. de Torreón, Coahuila.

#### Métodos

A través de un diseño transversal y descriptivo, se seleccionó por criterio a 188 adolescentes escolarizados de una secundaria en turno vespertino, quienes cumplieron con los requisitos de; estar en una relación de noviazgo actual o haberlo estado en el último mes, con IVSA o no, y que desearán colaborar en el estudio, en el cual se autoadministraron una cédula de datos de identificación, el Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) ( $\alpha: .90$ ), y la escala de autoeficacia percibida para el uso de condón ( $\alpha: .91$ ).

El CUVINO consta de 42 ítems y evalúa 8 factores; desapego (Ítems 6, 14, 22, 30, 32, 33 y 37), humillación (Ítems 7, 15, 23, 31, 36, 40 y 41), violencia sexual (Ítems 2, 10, 18, 26, 34 y 39) y de género (Ítems 3, 11, 19, 27 y 35), coerción (Ítems 1, 9, 17, 25, 38 y 42), físico (Ítems 5, 13, 20, 21 y 29), castigo emocional (Ítems 8, 16 y 24) e instrumental (Ítems 4, 12 y 28). El cuestionario es de escala ordinal; 0 es nunca, 1 casi nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 5 siempre. Para determinar el índice general de victimización se utilizaron los valores comprendidos entre 0 y 168, donde una puntuación de 0 indica que nunca han sido víctimas, de 1 a 42 casi nunca, de 43 a 84 algunas veces, de 85 a 126 casi siempre y de 127 a 168 siempre, (Rodríguez, et al., 2010).

La escala de autoeficacia percibida para el uso de condón consta de 14 ítems en escala ordinal, puntuándose en: 1 = muy inseguro, 2 = algo inseguro y 3 = muy seguro. Se califica de 1 a 14 como nivel bajo de autoeficacia, de 15 a 28 nivel medio y de 29 a 42 nivel alto (Hanna, 1999). La escala se administró previo consentimiento informado y autorización de directivos

## CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

(Secretaría de Salud, 2014). El plan de análisis se realizó en SPSS v 23 obteniéndose estadística descriptiva e inferencial; frecuencias, proporciones, tendencia central (moda y promedio) y variabilidad (desviación estándar).

### Resultados

La mayor parte fueron mujeres (68.1%), 43.6% en primer año, 25% en segundo y 31.4% en tercero, con promedio de edad de 13.11 años ( $\pm .94$ ), tiempo de relación de noviazgo de 3.8 meses ( $\pm 5.2$ ) y 4.78% con IVSA (Tabla 1).

Respecto a la ocurrencia de los factores de violencia se encontró que, del total de la muestra en el desapego 55.9% casi nunca lo experimenta vs 44.1% que señaló nunca, en cuanto a humillación 51.1% refirió casi nunca vs 48.9% nunca, en las agresiones de tipo sexual el 56.9% nunca ha sido victimizada (o) vs 43.1% en casi nunca, casi en igual proporción en cuanto a género en 57.4% y 42.6% respectivamente, para el de coerción el 54.3% evidenció en sus respuesta que nunca ha padecido vs 45.7% que nunca.

El factor de violencia física resultó en mayor proporción nunca (64.4%) vs casi nunca (35.6%), sin embargo para castigo emocional el 70.7% respondió nunca, pero 23.9% casi nunca, 4.8% algunas veces y .5% de la muestra casi siempre, encontrándose este factor con mayor ocurrencia entre las y los participantes, junto con el de agresión de tipo instrumental en que 73.4% señaló nunca, 25% casi nunca y 1.6% algunas veces, por sexo en específico los hombres se percibieron con mayor diferencia de victimización en los factores con mayor ocurrencia en desapego, humillación y coerción (Tabla 2).

En relación con el índice de violencia general, el 14.4% nunca ha sido victimizada (o), 85.1% casi nunca y .5% algunas veces, por sexo los resultados reflejan que 11.6% nunca han estado expuestos, 86.6% casi nunca y 1.6% algunas veces, vs 15.6%

nunca y 84.4% casi nunca, lo que refleja mínima diferencia con el sexo de las y los adolescentes, determinándose esta como bidireccional (Tabla 3).

En relación con la autoeficacia percibida del condón por las y los adolescentes que habían iniciado vida sexual, las características demográficas fueron las siguientes; 66.6% de 14 años, 66.6% fueron mujeres vs 33.3% hombres, encontrándose proporcionalmente en 2 y 3 año (44.4%) y en primer año 11.1%, así mismo fueron un grupo que se encontraba con tiempo de relación de noviazgo promedio de 4. 1 meses (Tabla 4 y 5).

Respecto a las conductas eficaces para el uso de condón, fueron altas en las negociaciones de su utilización con la pareja en cada encuentro sexual (77.7%) y utilizar uno nuevo cada vez que se tiene la relación (88.8%) vs en la capacidad para negociar su utilización con la pareja si cree desconocer su opinión acerca del mismo asimismo frente a la negociación con una posible pareja para utilizarse, ambas en 55.5% y (Figura 1).

### Discusión y Conclusión

Los resultados demuestran que la presencia de violencia en el noviazgo es tangible y está presente en distintas formas, además posee un sentido bidireccional en el que hombres y mujeres son agresores y víctimas durante sus relaciones, por lo que debe actuarse oportunamente por un equipo profesional multidisciplinar a fin de corregir actitudes y comportamientos que puedan repercutir en daños para la salud, así como futuras relaciones de noviazgo o estables, tales como el matrimonio.

La salud sexual de los adolescentes debe ser abordada desde la perspectiva de todos los factores que impliquen un riesgo o daño, y aunque son pocos los estudiantes que iniciaron vida sexual, se evidencia inseguridad respecto a la utilización del condón que están relacionados a la negociación con parejas casuales y a la capacidad para

Tabla 1

*Edad, sexo y tiempo de relación en el noviazgo de las y los participantes*

Edad Sexo	Tiempo de relación en el noviazgo				
	Categorías <i>f</i>	De 1 día hasta 6 meses	Mayor a 6 meses hasta 1 años	Mayor a 1 año hasta 1 año 6 meses	Mayor a 1 años 6 meses hasta 2 años
12 años					
Hombre	18	4	1	0	0
Mujer	35	3	1	0	0
13 años					
Hombre	14	0	2	1	1
Mujer	34	4	1	0	0
14 años					
Hombre	14	1	0	1	0
Mujer	31	7	0	2	0
15 años					
Hombre	3	0	0	0	0
Mujer	7	2	1	0	0
Total					
Hombre	49	5	3	2	1
Mujer	107	16	3	2	0

Tabla 2

*Factores de violencia en el noviazgo/sexo de las y los participantes*

Factor Sexo	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Desapego										
Hombre	19	31.6	41	68.3					60	100
Mujer	73	57	55	43					128	100
Humillación										
Hombre	19	31.6	41	68.3					60	100
Mujer	73	57	55	43					128	100
Sexual										
Hombre	28	46.6	32	53.3					60	100
Mujer	79	61.7	49	38.3					128	100
Género										
Hombre	31	51.6	29	48.3					60	100
Mujer	77	60.2	51	39.8					128	100
Coerción										
Hombre	19	31.6	41	68.3					60	100
Mujer	67	52.3	61	47.7					128	100

CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

Físico										
Hombre	30	50	30	50					60	100
Mujer	91	71.1	37	28.9					128	100
Castigo emocional										
Hombre	39	65	14	23.3	6	10	1	1.6	60	100
Mujer	94	73.4	31	24.2	3	2.3			128	100
Instrumental										
Hombre	39	65	20	33.3	1	1.6			60	100
Mujer	99	77.3	27	21.1	2	1.6			128	100

Tabla 3

*Violencia en el noviazgo/sexo de las y los participantes*

Índice de violencia Sexo	Nunca		Casi nunca		Algunas veces	
	F	%	F	%	F	%
Categorías						
Hombre	7	11.6	52	86.6	1	1.6
Mujer	20	15.6	108	84.4	0	0
<i>n: 188</i>						

Tabla 4

*IVSA, edad y sexo de las y los adolescentes.*

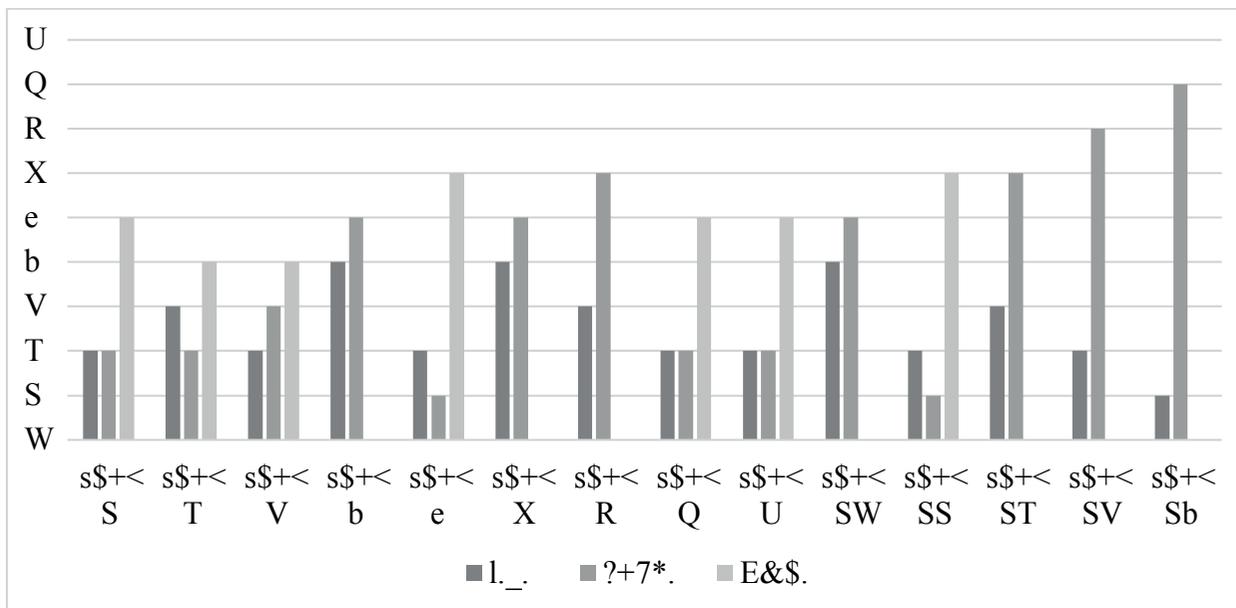
IVSA Edad	Hombre		Mujer		Total	
	F	%	F	%	F	%
Categorías						
12 años			1	11.1	1	11.1
13 años	1	11.1	1	11.1	2	22.2
14 años	2	22.2	4	44.4	9	66.6
<i>n: 9</i>						

Tabla 5

*Autoeficacia percibida para el uso de condón, edad y sexo de las y los adolescentes*

Autoeficacia Edad	Hombre		Mujer		Total	
	F	%	F	%	F	%
Categorías						
Nivel medio						
14 años	1	11.1	2	22.2	3	33.3
Nivel alto						
12 años			1	11.1	1	11.1
13 años	1	11.1	1	11.1	2	22.2
14 años	1	11.1	2	22.2	3	33.3
<i>n: 9</i>						

Figura 1. Autoeficacia percibida para el uso de condón.!



rehusarse, y esto constituye un importante factor de riesgo ante embarazo e infecciones de transmisión sexual, que pone en igual o mayor riesgo la integridad física, psicológica, emocional y/o sexual que los episodios de violencia en este grupo. Ambas problemáticas son trascendentales en el estudio de los factores y consecuencias que traen consigo para el grupo etario adolescente, la violencia desde su origen y la eficacia del uso de métodos desde una perspectiva de igualdad de género. Además tal como se ha señalado anteriormente, todas las situaciones particulares de conflicto repercutirán en el desarrollo, salud y calidad de vida futura-

**Referencias**

Cárdenas Villalba, M.X. (2020). Revisión latinoamericana sobre la violencia en el noviazgo dentro del periodo de 2008 al 2017. (Tesis de Pregrado). Recuperada de: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/16977>  
 Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., & González-Chávez,

G. (2017). Conocimientos y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de Mex*, 59, 556-565. <https://doi.org/10.21149/7959>  
 Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes*. Recuperado de : <https://www.unfpa.org/es/resources/salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes>  
 Gobierno de la República, México. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf)  
 Hanna, K. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 59-66. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(99\)80061-X](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80061-X)  
 Instituto Mexicano de la Juventud. (2017). Recuperado de: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/violencia-en-el-noviazgo-129663>

Nava-Reyes, M. A., Rojas-Solís, J. L., Grea-thouse, L. M. & Morales, L. A. (2018). Gender roles, sexism and myths of romantic love in Mexican adolescents. *The Interamerican Journal of Psychology*, 52 (1), 102-111.

Palacios-Delgado, J.R., Ortego-García, N. (2020). Diferencias en los estilos de negociación sexual y autoeficacia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios de Querétaro, México, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(1). DOI:10.18597/rcog.3327

Rodríguez Franco, L., López-Cepero Borrego, J., Rodríguez Díaz, F.J., Bringas Molleda, C., Antuña Bellerín, M.A., & Estrada Pineda, C. (2010). Validación del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 45-52. Obtenido de: <https://idus.us.es/handle/11441/13939>

Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Obtenida de: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Secretaría de Salud. (2015). NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53624/NOM-047-SSA2-2015.pdf>

## Diferencias de percepción de la vejez durante el envejecimiento

Luz Elena Rodríguez Mejía<sup>1\*</sup>, Alejandro Morales Jinez<sup>1</sup>, Francisco Javier López Rincón,<sup>1</sup>  
Yolanda Ivonne Trujillo León<sup>1</sup>

### Resumen

**Introducción:** La vejez es la última etapa de la vida, determinada en las personas desde los 60 años y forma parte del proceso de envejecimiento. La edad adulta que comprende entre los 50 y 60 años busca un estado de armonía contrarrestando los desafíos y continuar con la siguiente etapa de vida, la cual puede ser negativa pero también satisfactoria.

**Objetivo:** Comparar la percepción de la vejez entre personas de 50 a 59 años y de 60 años y más de edad.

**Metodología:** Estudio de corte transversal, comparativo se diseñó instrumento basado en fundamento teórico que sustenta la presente investigación (alfa de Cronbach .92 en prueba piloto), previo consentimiento informado se aplicó a muestra de 115 personas de 50 años o más de edad, de una comunidad de Torreón, Coahuila. Se utilizó paquete estadístico Statistica, para el análisis comparativo se utilizó la prueba en t.

**Resultado:** Promedio de edad 63 años, ocupación ama de casa 42.6%, escolaridad primaria 44.3%, grupo de mujeres 56.52%. El análisis comparativo por grupo de edad obtuvo el valor de t con diferencias significativas positivas para los adultos de 50 a 59 años en variables de las dimensiones de la percepción de la vejez (2.24 p= 0.02, 2.53 p= 0.01, 3.45 p=0.00, 3.51 p=0.00, 2.32 p=0.02), así como en variables de percepción del bienestar físico y emocional (3.56 p=0.00, 2.41 p=0.01, 2.09 p=0.03, 2.41 p=0.01 y 2.02 p=0.04), y en la percepción del apoyo social y familiar (2.22 p=0.02 y 2.45 p=0.01).

**Conclusiones:** Se concluye que la percepción de la vejez en las personas de 50 a 59 años en aspectos como el valor de la vida, estado físico y emocional y apoyo sociofamiliar es positiva a diferencia de los adultos mayores de 60 años. Es un reto para los profesionales de la salud potenciar esta visión de las personas durante la transición a la vejez para promover un envejecimiento exitoso, así como fortalecer la percepción de la vejez de los adultos mayores.

**Palabras clave:** Percepción, adulto, adulto mayor, envejecimiento.

### Abstrac

**Introduction:** Old age is the last stage of life, determined in people since the age of 60 and is part of the aging process. Adulthood between 50 and 60 years seeks a state of harmony counteracting challenges and continuing with the next stage of life, which can be negative but also satisfying.

**Objective:** To compare the perception of old age between people aged 50 to 59 and those aged 60 and over.

**Methodology:** A cross-sectional, comparative study, an instrument was designed based on a theoretical foundation that supports the present investigation (Cronbach's alpha .92 in a pilot test), prior informed consent was applied to a sample of 115 people 50 years of age or older, from a community from Torreón, Coahuila. Statistica statistical package was used, for the comparative analysis the t-test was used.

**Results:** Average age 63 years, occupation housewife 42.6%, primary schooling 44.3%, group of women 56.52%. The comparative analysis by age group obtained the t value with positive significant differences for adults from 50 to 59 years of age in variables of the dimensions of the perception of old age (2.24 p= 0.02, 2.53 p= 0.01, 3.45 p=0.00 , 3.51 p=0.00, 2.32 p=0.02), as well as in variables of perception of physical and emotional well-being (3.56 p=0.00, 2.41 p=0.01, 2.09 p=0.03, 2.41 p=0.01 and 2.02 p=0.04), and in the perception of social and family support (2.22 p=0.02 and 2.45 p=0.01).

**Conclusions:** It is concluded that the perception of old age in people between 50 and 59 years of age in aspects such as the value of life, physical and emotional state and socio-family support is positive, unlike adults over 60 years of age. It is a challenge for health professionals to promote this vision of people during the transition to old age to promote successful aging, as well as to strengthen the perception of old age among older adults.

**Keywords:** Perception, adult, older adult, aging.

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Coahuila

\*Responsable de la correspondencia: dirección electrónica: luz\_elena\_rodz\_m@hotmail.com

## Introducción

La vejez es la última etapa de la vida, determinada en las personas desde los 60 años y forma parte del proceso de envejecimiento, trascurso que inicia desde el nacimiento hasta la muerte y en el cual influyen factores biológicos, psicológicos y sociales (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019).

En la actualidad está aumentando el número de personas de 60 años en todas las poblaciones, en 2019 subió a 1000 millones en todo el mundo y crecerá a 1400 millones para el 2030 y se proyecta que para el 2050 será de 2100 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El envejecimiento es un proceso continuo y tiene como consecuencia un conjunto de daños moleculares y celulares a través de los años, por lo que se produce un declive de las capacidades físicas y mentales y avanzar irremediamente a la muerte (OMS, 2022).

Existen diferentes formas de envejecer y depende de la capacidad funcional, la misma personalidad del individuo, además de las oportunidades que se presentan en la sociedad que es lo que distingue los estilos de vida y por ende la autopercepción de la salud de las personas mayores (García & García, 2013). Rodríguez-Ávila (2018) deduce que la edad determina la situación de salud, también la actividad realizada en el período productivo es determinante para el estado de salud de las personas, así como aspectos económicos, sociales y políticos, y es entonces la edad una línea continua en la que surgen cambios y a la vez se consiguen o pierden recursos y la aparición de enfermedades o discapacidades.

La edad adulta que comprende entre los 50 y 60 años busca un estado de armonía contrarrestando los desafíos y continuar con la siguiente etapa de vida, la cual puede ser negativa pero también satisfactoria (Manjarrés Ibarra, 2013). El “Modelo de Conservación” de Myra Estrin Levine expone que la

persona en su proceso de envejecimiento enfrenta cambios en el trascurso de su ciclo vital y crea respuestas adaptativas que lo llevarán a un proceso de conservación siendo este de forma gradual donde algunas respuestas son positivas y otras no (Raile Alligood & Marriner Tomey, , 2011).

La transición de la adultez hacia la vejez es una etapa complicada pues se vive de diferentes maneras, muchas veces es más psicológica que biológica pues conlleva un ciclo vital, pero también diferencias individuales que involucra percepciones de las condiciones del pasado, como situaciones cambiantes relacionadas entre él mismo y la comunidad que alcanzan sentido desde los valores humanos, estado socioeconómico, estructura familiar, espacio personal y la vida cotidiana hasta llegar a conformarse en la vejez (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [FIAPAM], 2013; Lozano-Proveda, 2011).

Por otra parte, en las personas mayores se ha fomentado que en la vejez sobresale el privilegio de la experiencia y/o sabiduría que generaría una gran posición social y ser digno de respeto ante los demás; pero, otra premisa mucho más predominante, es que la vejez es una etapa de pérdidas incluso, que es sinónimo de enfermedad, la persona mayor es vista como físico y mentalmente disminuido, dependiente económico, y socialmente aislado (INAPAM, 2019; Cortese, 2018). La percepción de la vejez depende de las circunstancias vividas, pero sobre todo del momento actual particularmente el estado físico (Garay Villegas, & Ávalos Pérez, 2009).

El propósito del estudio es comparar la percepción de la vejez del adulto de 50-59 años con personas mayores de 60 años y más, bajo el análisis de la transición de la adultez a la vejez.

### Material y Métodos

Se trata de un estudio de corte transversal y comparativo, se diseñó un instrumento apoyado en las referencias teóricas que funda

mentan la investigación estableciendo variables nominales que recolecta edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación y origen del ingreso económico; además de las preguntas sobre enfermedades que padecan. El número total de variables ordinales fueron 106 de los cuales dimensionan la percepción de la vejez, percepción de estado físico, percepción del estado emocional, percepción del apoyo social y de la percepción del apoyo familiar.

Para la medición de las variables ordinales se estableció una escala del 0 al 10. Las cuestiones inician con “en qué medida cree que en la vejez:” Para comprobar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto. El coeficiente alpha de Cronbach, fue de .920121021.

Se estableció la muestra en una comunidad de Torreón Coahuila. Se recolectaron los datos aplicando el instrumento hasta sus casas, atendiendo los principios éticos que proporciona la declaración de Helsinki y previo consentimiento informado se completaron las 115 encuestas. Se capturaron los resultados para posterior tratamiento estadístico en el paquete STATISTICA v8.

Para el análisis de la información obtenida se proyectó aplicar estadística descriptiva, obteniendo frecuencia en porcentajes de las variables nominales. Para las variables ordinales se utilizó para el análisis inferencial, la prueba t para comparar percepciones entre personas de 50-59 años y personas mayores de 60 y más años.

### Resultados

Al analizar las características sociodemográficas se observó que el promedio de edad fue de 63 años: el 34.78 % corresponde al grupo de 50-59 años y el 65.22 % al grupo de 60 años a más edad, en el género predominó en un 56.52% el grupo de mujeres. Se observó que un 67.8% el estado civil es casados, el 42.6 % tienen de ocupación ser amas de casa y la escolaridad primaria fue de un 44.6% (Tabla 1). El ingreso económico de los participantes prevaleció ser por

pensión en un 31.3% y el 60.8% manifestaron padecer por lo menos una enfermedad (Figura 1).

En la comparación (prueba t) entre los grupos de edad, se observa que las personas de 50-59 años presentan diferencias significativas con las personas de 60 años y más en la percepción de que en la vejez se tiene propósitos o metas en la vida, igual perciben en mayor proporción la adaptación a nuevas actividades, también es más alta la sensación de sentirse valorado por los amigos, similarmente es notable la apreciación de tener momentos eufóricos por felicidad. Además, los adultos de 50-59 años presentan diferente significancia en el señalamiento de nuevos planes de vida y el interés de nuevos proyectos que los adultos mayores de 60 años, igualmente los menores de 60 años, en el estado físico refieren sentirán bienestar en mayor proporción, así como sentirse seguros físicamente declaran podrán seguir laborando, así como sentirse descansados después de dormir en superior medida que las personas de 60 años y más. En el ámbito familiar este mismo grupo de edad manifiesta que percibe que en la vejez es factible salir y divertirse en familia a diferencia del grupo de personas consideradas adultos mayores (Tabla 2).

### Discusión

El propósito de este estudio es comparar la percepción de la vejez entre adultos de 50 a 59 años y los adultos mayores de 60 años y analizar el cambio de percepción desde la etapa de la adultez a la etapa de la vejez propiamente.

Según Gutiérrez Cuéllar (2019) desde la edad adulta joven se distingue al adulto mayor como un ser con experiencia, que es apto para continuar realizando actividades y contar con la responsabilidad de la familia como apoyo social. En el presente estudio similarmente se puede observar que las personas próximas a la vejez (50 a 59 años) la perciben de manera optimista en aspectos propios de planes a futuro, de bienestar

físico, de poder laborar además de verse apoyados por la familia.

En cambio, los adultos mayores no se auto-perciben como saludables, eficientes y hábiles (Garay Villegas. & Ávalos Pérez, 2009). En esta muestra al igual que diversos estudios las personas mayores no se consideran visionarios a futuro, ni aptos físicamente y no sienten el apoyo familiar completamente lo que conlleva a tener una concepción de la vejez con estereotipos negativos como la falta de sentido trascendental, inutilidad y hasta una carga social.

Al parecer las personas de acuerdo con la edad, socialmente se mantiene en una categoría específica en la que independientemente de su condición física, psicológica y social se autoperciben capaces de llegar a la vejez positivamente, sin embargo, al llegar a esta edad surgen los patrones de estereotipos negativos adoptados por la sociedad e instintivamente lo aplican a sí mismos.

### Conclusión

Se concluye que la percepción de la vejez en las personas de 50 a 59 años en aspectos como el valor de la vida, estado físico y emocional y apoyo sociofamiliar es positiva, y diferente a la de las personas mayores de 60 años. Para los profesionales de la salud es un reto potenciar la visión de las personas durante la transición hacia un envejecimiento exitoso a través de la educación para la salud, así como fortalecer la percepción positiva de la vejez de los adultos mayores a través de programas de acompañamiento para contar con su participación y mejorar su bienestar general.

### Referencias

Cortese, R. (2018). Percepción de salud y bienestar en la vejez. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(1), 17- 39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3396/339657511001/339657511001.pdf>  
Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2013). *Mitos, realidades y prejuicios hacia la vejez.*

Disponible en: <https://fiapam.org/mitos-reali-dades-y-prejuicios-hacia-la-vejez/>

Garay Villegas, S., & Ávalos Pérez, R. (2009) Autopercepción de los Adultos Mayores sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12(1), 39-58. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2779/1814>

García, A.J., & García, M.A. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 6(2), 1-5. DOI: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1407>

Gutiérrez Cuéllar, P. C. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral*, 26(75), 197-237. <https://doi.org/10.32870/eees.v26i75.7024>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Envejecimiento y vejez.* Disponible en: <https://www.gob.mx/ina-pam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Lozano-Proveda, D. (2011) Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145222559006.pdf>

Manjarrés Ibarra, M.V. (2013). Los cambios físicos y psicológicos con la edad, fuente de expectativas de consumo. Caso: personas mayores de 50 años.. (Tesis). Recuperada de Universidad EAFIT. Disponible en: [https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/1317/-ManjarresIbarra\\_MariaVictoria\\_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/1317/-ManjarresIbarra_MariaVictoria_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud (2022) *Envejecimiento y salud.* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería.* (7ª Ed.). España: Elsevier.

Rodríguez-Ávila, N. (2018). *Envejecimiento:*

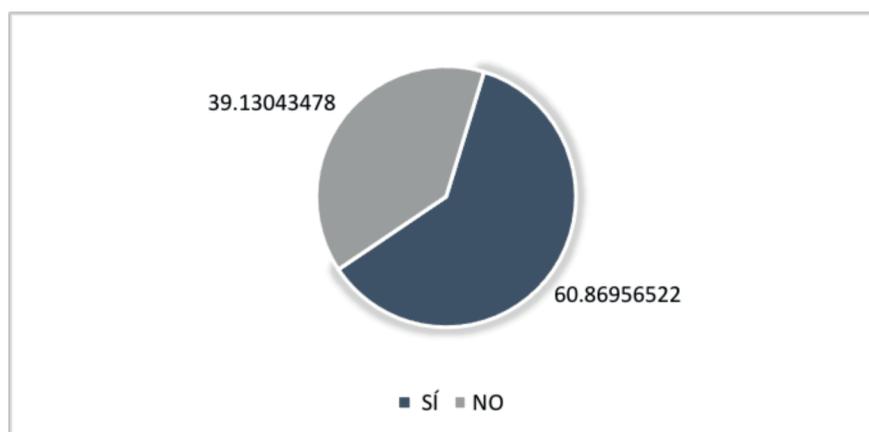
Edad, Salud y Sociedad. Horizonte sanitario, 17(2), 87-88. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2417>

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Variables Nominales	Categoría	Total		Género Masculino		Género Femenino	
		f	%	f	%	f	%
Estado civil	Casado	78	67.8	41	35.6	37	32.1
	Separado/divorciado	12	10.4	2	1.7	10	8.6
	Viudo	15	13	3	2.6	12	10.4
	Soltero	10	8.6	4	3.4	6	5.2
Ocupación	Ama de casa	49	42.6	0	0	49	42.6
	Empleado	33	28.7	24	20	9	7.8
	Jubilado	15	13	13	11.3	2	1.7
	Pensionado	13	11.3	8	6.9	5	4.3
	Desempleado	5	4.3	4	3.4	0	0
Escolaridad	Primaria	51	44.3	22	19.1	29	25.2
	Secundaria	41	35.6	19	16.5	22	19.1
	Preparatoria	9	7.8	3	2.6	6	5.2
	Universidad	14	12.1	6	5.2	8	6.9

Nota: Fuente: Ficha de datos sociodemográficos. f= frecuencia, % = porcentaje

Figura 1. Padece enfermedad



Nota: Fuente ficha Sociodemográfica. Porcentaje=%

Tabla 2. Comparativo por grupo de edad.

Variables de percepción de la vejez, bienestar físico y emocional, apoyo social y familiar	Grupo menor de 60 años	Grupo de 60 años y más	Valor de t	Df	P	N° de personas menores de 60 años	N° de personas de 60 años y más
1. Tiene propósitos o metas en la vida	9.07	8.21	2.00	113	0.04	39	76
2. Se adapta a nuevas actividades	9.17	8.27	2.53	113	0.01	39	76
3. Se siente valorado por sus amigos	8.87	8.06	2.22	113	0.02	39	76
4. Ha tenido momentos de euforia por felicidad	9.25	8.36	2.02	113	0.04	39	76
5. Señala nuevos planes en su vida	9.25	7.64	3.45	113	0.00	39	76
6. Se interesa en nuevos proyectos en su vida	9.56	8.11	3.51	113	0.00	39	76
7. Siente bienestar físico	9.10	7.68	3.56	113	0.00	39	76
8. Se siente seguro físicamente	8.84	7.84	2.41	113	0.01	39	76
9. Puede continuar laborando	9	7.90	2.09	113	0.03	39	76
10. Se siente descansado después de dormir	9.05	8.13	2.40	113	0.01	39	76
11. Sale y se divierte en familia	9.20	8.18	2.45	113	0.01	39	76

Nota: Df = grados de libertad, P= nivel de significación

### Referencias

Cortese, R. (2018). Percepción de salud y bienestar en la vejez. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(1), 17- 39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3396/339657511001/339657511001.pdf>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2013). *Mitos, realidades y prejuicios hacia la vejez*. Disponible en: <https://fiapam.org/mitos-realidades-y-prejuicios-hacia-la-vejez/>

Garay Villegas, S., & Ávalos Pérez, R. (2009) Autopercepción de los Adultos Mayores sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12(1), 39-58. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2779/1814>

García, A.J., & García, M.A. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 6(2), 1-5. DOI: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1407>

García, A.J., & García, M.A. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología*, 6(2), 1-5. DOI: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1407>

Gutiérrez Cuéllar, P. C. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral*, 26(75), 197-237. <https://doi.org/10.32870/eees.v26i75.7024>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). Envejecimiento y vejez. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Lozano-Proveda, D. (2011) Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 13(2), 89-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145222559006.pdf>

Manjarrés Ibarra, M.V. (2013). Los cambios físicos y psicológicos con la edad, fuente de expectativas de consumo. Caso: personas mayores de 50 años.. (Tesis). Recuperada de Universidad EAFIT. Disponible en: [https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/1317/-ManjarresIbarra\\_MariaVictoria\\_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/1317/-ManjarresIbarra_MariaVictoria_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud (2022) Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. (7ª Ed.). España: Elsevier.

Rodríguez-Ávila, N. (2018). Envejecimiento:

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

La REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS APLICADAS publica manuscritos de tipo:

### Artículo original

Incluye resultados de investigaciones originales, la secuencia será: introducción, material y métodos, resultados, y discusión. Incluye al inicio de cada trabajo los resúmenes y las palabras clave tanto en español como en inglés. El número máximo de palabras es de 5 000 (incluidas referencias) y el de cuadros y figuras (entre ambos) es de cinco.

### Comunicaciones breves

Son trabajos cuya extensión no exceda de 1500 palabras, dos cuadros o figuras y un resumen no mayor a 100 palabras. Se trata de trabajos que presentan los resultados preliminares o colaterales que ameritan

### Artículo de Revisión

Preferentemente son por invitación, serán de un tema relevante en áreas de interés e indicarán el periodo que abarca el trabajo; incluirán introducción, discusión y conclusiones, así como resumen y palabras clave en español y en inglés; el número de palabras no debe exceder de 4000, incluyendo las referencias, y el número de cuadros y figuras (entre ambos) es de cinco como máximo; la discusión y conclusiones fundamentarán y propondrán líneas de investigación para la solución del problema.

### Ensayo

Escritos de reflexión crítica acerca de temas relacionados a las áreas de interés; siguen el mismo formato y estilo que las revisiones pero se recomienda que su extensión sea menor. Se pueden enviar propuestas que serán revisadas por el Consejo de Editores. En cualquier caso, los ensayos deben cumplir con criterios de calidad similares a los correspondientes a los artículos de revisión:

abordarán un tema relevante y serán exhaustivos en cuanto al análisis y la exposición de los argumentos que sustenten sus conclusiones.

### Artículos Teóricos

Los autores toman investigaciones anteriores para dar a conocer una nueva teoría dentro de la misma línea de las investigaciones encontradas. Normalmente el autor presenta una nueva teoría luego de ampliar y depurar los conocimientos encontrados. También se analizan las teorías existentes en determinados campos para señalar imprecisiones en trabajos previos. Las secciones o partes que conforman este artículo, se ordenan de forma que guarden relación entre sí a diferencia de los informes de estudios empíricos que necesitan ser ordenados de forma cronológica.

### Estudio de Caso

El autor describe material obtenido luego de haber trabajado con un individuo u organización. El propósito de un estudio de caso es ilustrar un problema, indicar algún modo de resolverlo o esclarecer los elementos necesarios de un problema de investigación. Al escribir estudios de caso, los autores deben responsabilizarse del equilibrio entre proporcionar material ilustrativo importante y el empleo de material confidencial.

### Carta al Editor

Sirven de retroalimentación y también como foro para la discusión abierta de temas abordados en la revista y de otros asuntos de interés. Las cartas deberán contener título, texto, nombre y filiación del autor y, en su caso, referencias.

### Aviso de derechos de autor/a

Al proponer un trabajo para su publicación, los autores aceptan las condiciones contenidas en el presente documento y conceden a la REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS APLICADAS el derecho de editar, publicar, reproducir, difundir,

## CORPORATIVO GLOBAL PLYSI, S.A. DE C.V.

comercializar y traducir dicho trabajo, por sí misma, o por conducto de terceros. Dicha autorización incluye la publicación del artículo por cualquier medio, sea éste impreso, magnético o electrónico, o por cualquier otro soporte o medio de difusión que exista o pueda crearse en el futuro, así como la realización de publicaciones mediante la concesión de licencias totales o parciales a terceros.

Los trabajos propuestos deberán ser originales e inéditos, y no podrán presentarse a otra revista mientras se encuentren sometidos a la consideración de la REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS APLICADAS. Una traducción de un trabajo previamente publicado no se considera una obra inédita y por lo tanto no será aceptada como un trabajo original. El envío de trabajos debe realizarse exclusivamente a través del correo electrónico a la dirección:

[revista@corporativo-global.com](mailto:revista@corporativo-global.com), por parte de la secretaría técnica se le hará llegar acuse de recibo e información del estatus del manuscrito.

Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la postura de la REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS APLICADAS.

### **Instrucciones para la presentación de manuscritos**

Sólo serán considerados los manuscritos que sean enviados a la dirección electrónica [revista@corporativo-global.com](mailto:revista@corporativo-global.com). Todo trabajo enviado será procesado en Word, con tipo de letra Times New Roman 12 a doble espacio y se acompañará de una carta de sometimiento firmada por todos los autores, cuyo contenido incluya lo siguiente:

1. Título del trabajo: aprobación de su contenido (incluidos cuadros y figuras) y del orden de aparición de los autores, que se considerará definitivo sin excepción alguna.
2. Aceptación de las condiciones de publicación, reproducción y difusión de trabajos de

la REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS APLICADAS, en caso de que el trabajo sea aceptado para publicación.

3. Mención expresa del Comité de Ética que aprobó el protocolo de investigación y, en caso de que en ésta se haya trabajado con sujetos, se haga explícito que se obtuvo por escrito el consentimiento informado por parte de los mismos.

4. Declaración de que se trata de un trabajo original que no ha sido publicado ni sometido simultáneamente para su publicación, total o parcialmente, por ellos mismos u otros autores, a otra revista o medio –impreso o electrónico– nacional o extranjero.

5. Nombre y firma de todos los autores.

Asimismo, en la carta se deberá especificar el autor de correspondencia y sus datos de contacto (adscripción, dirección postal completa, teléfono y dirección electrónica). Adicionalmente, cada uno de los autores deberá redactar una declaración de conflicto de intereses.

Los componentes del manuscrito deberán respetar la siguiente secuencia:

1. Página frontal (título, autores, adscripciones, datos de correspondencia)
2. Resumen en español y palabras clave
3. Título, resumen (abstract) y palabras clave en inglés
4. Texto
5. Agradecimientos
6. Referencias
7. Cuadros y figuras

#### 1. Página frontal

Deberá contener el título completo del trabajo, escrito en forma clara y precisa, y su traducción al inglés o al español, según sea el caso, así como la sugerencia para un título breve que no exceda de cinco palabras. A continuación, deberá ir la lista de autores con sus nombres no abreviados y

en el orden en que deberán figurar en la publicación; es importante que este orden sea el definitivo, puesto que posteriormente no podrá modificarse. Se especificará la adscripción institucional de cada autor, en el idioma original de la misma, en la forma: Nombre de la institución, Nombre de la subdivisión de la institución (si procede). Ciudad, País.

### 1. Resumen en español y palabras clave

En la segunda página del manuscrito se presentará un resumen en español (inglés, en caso de que éste sea el idioma original del artículo). Cuando se trate de artículos originales y breves, el resumen debe enviarse en forma estructurada, señalando específicamente: objetivo, material y métodos, resultados y discusión. En el caso de los ensayos, los resúmenes reflejarán en su estructura el contenido del trabajo. En todo tipo de trabajos se presentarán de tres a seis palabras clave que rápidamente permitan identificar el tema del artículo; al menos tres de ellas deben corresponder al vocabulario controlado utilizado por los siguientes índices de descriptores: Descriptores en Ciencias de la Salud, de la Red de BIREME (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) y

Medical Subject Headings (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>), de la National Library of Medicine. La extensión máxima del resumen es de 200 palabras para artículos originales y de 150 para comunicaciones breves.

### 1. Título, resumen (abstract) y palabras clave en inglés

La tercera página le corresponde a la traducción al inglés (español, en su caso) del título del artículo y del resumen (abstract). También debe incluirse la traducción de las palabras clave (key words). La extensión sugerida es de 200 palabras para artículos originales y 150 para artículos breves.

### 1. Texto principal

Cuando se trate de resultados de investigación, el texto del escrito deberá contener las siguientes secciones:

**Introducción.** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el estudio.

**Material y métodos.** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección del material experimental utilizado (humano o animal) y se identificarán los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle como para permitir su reproducción. Todos los procedimientos que se lleven a cabo en humanos deberán ajustarse a las normas éticas que prevalecen en el país en que se realiza el trabajo. También se hará

mención del consentimiento informado de los participantes en el estudio y de la autorización del comité de ética correspondiente. Los procedimientos matemáticos y los métodos estadísticos deberán describirse en detalle.

**Resultados.** Se presentarán siguiendo una secuencia lógica, tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto; aquí sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá ser mayor a cinco, entre ambos.

**Discusión.** En esta sección se resaltan los aspectos más novedosos e importantes del estudio y se exponen las conclusiones. Los datos presentados en la sección de resultados deben comentarse en forma resumida, pero no dar resultados en esta sección. Los resultados suelen compararse aquí con los de otros estudios similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamen-

tadas por los resultados de la investigación que se presenta.

#### Agradecimientos.

a) las colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican la autoría, tales como el apoyo general del jefe del departamento; b) la ayuda técnica recibida; c) el agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la índole del mismo; d) las relaciones financieras que puedan suscitar un conflicto de intereses.

Las personas que colaboraron intelectualmente pero cuya participación no justifica la autoría pueden ser citadas por su nombre, añadiendo su función o tipo de colaboración; por ejemplo, “asesor científico”, “revisión crítica de la propuesta para el estudio”, “recolección de datos”, “participación en el ensayo clínico”.

Los autores deben obtener la autorización por escrito de las personas mencionadas por su nombre en los agradecimientos, pues los lectores pueden inferir que éstas respaldan los datos y conclusiones. En todo momento la revista se reserva el derecho de solicitar dichas autorizaciones.

#### Referencias

Las referencias bibliográficas se presentarán en páginas por separado y se harán tanto en texto como en lista de referencias con el estilo de American Psychological Association (APA).

#### Cuadros y figuras

Los cuadros se ordenarán utilizando números romanos, de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto.

Todo cuadro deberá ser autoexplicativo, compuesto por: un título completo, aunque breve y conciso, que incluya lugar y fecha del origen de los datos; cada columna con su encabezado; notas y descripción de las abreviaturas no autorizadas al pie de los cuadros, e indicaciones claras de las medi-

das utilizadas.

Las figuras se ordenarán con números arábigos de acuerdo con su secuencia de aparición en el texto. Deberán estar debidamente tituladas y contener las explicaciones de los símbolos, flechas, números o letras utilizados para señalar las distintas partes de la ilustración. En caso de que los cuadros o figuras sean reproducciones o adaptaciones de publicaciones previas, deberá comprobarse que se cuenta con el permiso correspondiente y mencionarse la fuente.

Los cuadros o figuras deberán incluirse cada uno en páginas independientes del texto principal, debidamente numerados y en la secuencia correcta. Su localización ideal en el texto se deberá incluir con la leyenda: Colocar Cuadro I aquí o Colocar Figura 1 aquí. Esto podrá ser ajustado de acuerdo a los espacios en la revista.

#### Publicación del artículo aceptado

Una vez aceptado el artículo para publicación, el editor se reserva el derecho de hacer las modificaciones formales que considere convenientes para lograr una mayor uniformidad y claridad en la presentación del mismo. Cuando finalice el trabajo de edición, los trabajos serán publicados en la página de la revista

NUTRICIÓN  
Y DEPORTE

ENFERMERÍA

ADMINISTRACIÓN

EDUCACIÓN

INGENIERÍA

Conferencias

Diversión

ESPACIO  
GLOBAL  
2023

Talleres



11 - 14 DE MAYO



HOTEL CID - MAZATLÁN

Información



8124493414

GLOBAL  
CONGRESOS Y CONVENCIONES