



## Artículos de investigación

Factores asociados a micosis pulmonar en pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica en Alto Hualлага.

Cuestión de mujeres. Violencia obstétrica y cuidado familiar de personas con parálisis cerebral.

Uso de sustancias psicoactivas asociada a personalidad en médicos de pregrado de Tabasco, México.

Riesgo de suicidio en estudiantes de preparatoria de Tepic, Nayarit; México.

## Estudio de caso

Cuidado de enfermería comunitaria mediante un tratamiento no farmacológico en niños con pediculosis capitis.

## Artículos de revisión

Efectividad de la fototerapia con luz led para disminuir hiperbilirrubinemia neonatal en pacientes críticos



# Revista Salud y Bienestar Social

Facultad de Enfermería-UADY

## Volumen 6, Número 1

Enero-Junio de 2022

### Comité Editorial

MCE. Eloísa del Socorro Puch Kú  
MINE. Lucy Minelva Oxté Oxté  
Dr. Antonio Yam Sosa  
ISC. Glendy del Pilar Pérez Góngora  
Universidad Autónoma de Yucatán, México

### Consejo editorial

Dra. Lorena Chaparro Díaz  
Universidad Nacional de Colombia

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier  
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Irasema Romero Baquedano  
Hospital Regional de Alta Especialidad  
de Yucatán

Dra. Carolina Elizabeth Medina  
Escobedo  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Saul May Uitz  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Patricia I. del S. Gómez Aguilar  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Martín Castro Guzmán  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Gloria de los Ángeles Uicab Pool  
Universidad Autónoma de Yucatán

## CONTENIDO

<b>ARTÍCULOS</b>	<b>Página</b>
<p><b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b></p> <p><b>Factores asociados a micosis pulmonar en pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica en Alto Huallaga</b>                      Walter Edgar Gómez Gonzales                      Ricardo Terukini Terukini  <i>Universidad Nacional Mayor de San Marcos</i>                      Freddy Ferrari Fernández  <i>Universidad Nacional de Ucayali</i>                      Maria Teresa Josefa Zapana Tito  <i>Universidad Privada San Juan Bautista</i></p>	<b>1</b>
<p><b>Cuestión de mujeres. Violencia obstétrica y cuidado familiar de personas con parálisis cerebral en Morelos, México</b>                      Ignacio García Madrid                      Luz María González Robledo                      Adriana Aracelli Figueroa Muñoz Ledo  <i>Universidad Autónoma del Estado de Morelos</i></p>	<b>13</b>
<p><b>Uso de sustancias psicoactivas asociada a personalidad en médicos de pregrado de Tabasco, México</b>                      Federico Calcáneo Hernández                      José Emmanuel Osorio Rosales                      Antonio Becerra Hernández  <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i></p>	<b>34</b>
<p><b>Riesgo de suicidio en estudiantes de una preparatoria de Tepic, Nayarit; México</b>                      Dora Luz Maldonado Arellano                      Verónica Benítez Guerrero                      Fabiola Rubí Casillas Jiménez                      Erendida Leal Cortes                      Ramona Armida Medina Barragán                      Refugio Guadalupe Cortés Ibarra  <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i></p>	<b>53</b>

<p><b>ESTUDIO DE CASO</b> <b>Cuidados de enfermería comunitaria mediante un tratamiento no farmacológico en niños con pediculosis capitis</b> Didier Francisco Aké Canul Dallany Trinidad Tun González Marco Esteban Morales Rojas Sheila Mariela Cohuo Cob Sheyla Safiro Poot Koh <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i></p>	<p><b>63</b></p>
<p><b>ARTÍCULO DE REVISIÓN</b> <b>Efectividad de la fototerapia con luz led para disminuir hiperbilirrubinemia neonatal en pacientes críticos</b> Saúl May Uitz Nora Hernández Martínez Genny Josefina Madera Poot <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i></p>	<p><b>79</b></p>

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Factores asociados a micosis pulmonar en pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica en Alto Huallaga

#### Community Factors associated with pulmonary mycosis in patients with symptoms of chronic respiratory disease in Alto Huallaga

Walter Edgar Gómez Gonzáles<sup>1</sup>, Ricardo Terukini Terukini<sup>1</sup>, Freddy Ferrari Fernández<sup>2</sup>, Maria Teresa Josefa Zapana Tito<sup>3</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo.** Identificar los factores asociados a las micosis pulmonares prevalentes en pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica baja del Alto Huallaga, Perú.

**Materiales y métodos.** Se diseñó un estudio de casos y controles que incluyó 168 pacientes. Los casos (52) incluyeron pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajas y prueba de inmunodifusión positiva para *Histoplasma capsulatum* y/o *Paracoccidioides brasiliensis* y/o *Aspergillus sp* atendidos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y del Seguro Social de Salud del Perú y los controles (116) pacientes con prueba de inmunodifusión negativa. Se analizaron los factores sociodemográficos y económicos. **Resultados.** Se identificaron 52 casos (15 *Histoplasma capsulatum* y 37 *Aspergilosis sp*). Se encontró asociación con los factores de procedencia (zona rural) ( $p < 0,01$ ), ingreso económico ( $< 500$  soles) ( $p < 0,01$ ), visita a la cueva de las lechuzas ( $p < 0,01$ ) y agricultura básica ( $p < 0,01$ ). La regresión logística encontró asociación con la procedencia rural [OR = 25,2; IC95% (9,7-65)] ( $p < 0,01$ ) y el hecho de visitar a la cueva [OR 6,1; IC95% (2,3-16,1)] ( $p < 0,01$ ). **Conclusión.** Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajas que provienen de la zona rural y haber visitado a la cueva de las lechuzas presentan mayor riesgo de padecer micosis pulmonar en la zona del Alto Huallaga.

**Palabras clave:** Enfermedades Pulmonares Fúngicas; Histoplasmosis; Aspergilosis; Enfermedades Respiratorias; Factores Epidemiológicos (Fuente: DeCS, BIREME).

#### ABSTRACT

**Objective.** Identify the factors associated with pulmonary mycosis prevalent in patients with symptoms of chronic respiratory illness in Alto Huallaga, Perú. **Materials and methods.** A study of cases and controls was designed which included 168 patients. The cases (52) included patients with low chronic respiratory illnesses and positive immune diffusion for *Histoplasma capsulatum* and/or *Paracoccidioides brasiliensis* and/or *Aspergillus sp* treated in the health facilities of the Ministry of Health and Social Insurance controls patients with negative immune diffusion (116). The sociodemographic and economic factors were analyzed. **Results.** The results identified 52 cases (15 *Histoplasma capsulatum* and 37 *Aspergilosis sp*). Found an association with the factors of origin (rural area) ( $p < 0.01$ ), economic income ( $< 500$  soles) ( $p < 0.01$ ), visit to the lechuzas cueva ( $p < 0.01$ ) and basic agriculture ( $p < 0.01$ ). The logistic regression found association with rural origin [OR = 25.2; 95%CI (9.7-65)] ( $p < 0.01$ ) and time to visit the cueva [OR 6.1; 95%CI (2.3-16.1)] ( $p < 0.01$ ). **Conclusions.** Concluding that patients with low chronic respiratory diseases who come from the countryside and who have visited the cueva de las lechuzas present a greater risk of suffering pulmonary mycosis in the area of Alto Huallaga.

**Keywords:** Fungal Lung Diseases; Histoplasmosis; Aspergillosis; Respiratory Disorders; Epidemiological Factors (Source: DeCS BIREME).

<sup>1</sup>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela Profesional de Tecnología Médica. Lima, Perú.

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Ucayali. Escuela de Ingeniería de Sistemas. Ucayali, Perú.

<sup>3</sup>Universidad Privada San Juan Bautista. Escuela Profesional de Medicina Humana. Ica. Perú.

Recibido: 19 de mayo de 2021.

Aceptado: 23 de agosto de 2021.

Correspondencia para la autora: Maria Teresa Josefa Zapana Tito. Urb. Las Mercedes b-06 Ica. C.P. 11000. Ica, Lima, Perú.  
mzapanatito@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La ocurrencia de infecciones por hongos que causan micosis sistémicas ha sido demostrada en diferentes regiones de la selva alta del Perú y sobre todo en aquellas zonas donde la incidencia de enfermedades broncopulmonares y tuberculosis es alta, o presentan zonas endémicas para las micosis pulmonares, especialmente en aquellos países cuyas características epidemiológicas son similares. Los pocos estudios de seroprevalencia realizados en el Perú han demostrado que en este tipo de infecciones respiratorias participan principalmente dos agentes fúngicos: los hongos dimórficos: *Histoplasma capsulatum* y *Paracoccidioides brasiliensis*; y los hongos oportunistas entre los que destacan *Aspergillus sp* (1,2).

Las micosis son causadas por microorganismos “fungi” que viven libres en la naturaleza. Generalmente se hallan en cuevas naturales y en el suelo, y se limitan a ciertas áreas geográficas ubicadas en cuencas hidrográficas de clima cálido y húmedo; tal es el caso de la zona del Alto Huallaga.

En la zona del Alto Huallaga, que comprende provincias de las regiones de Huánuco y San Martín, es frecuente el reporte de esta enfermedad, sobre todo en las provincias de Leoncio Prado y Tocache, ya que son zonas que cuentan con numerosas cuevas de atracción turística. Dado que en la consulta es frecuente la presencia de personas con síntomas de enfermedades respiratorias

crónicas bajas, los que continuamente acuden a los establecimientos de salud de la zona, sin llegar a establecerse en muchos casos el agente causal específico de la sintomatología que presentan, es importante descartar la presencia de una enfermedad micótica pulmonar.

La necesidad de incrementar significativamente la cobertura diagnóstica de las micosis pulmonares, que permitan tratamientos oportunos y eviten sus secuelas, convierten los métodos serológicos en herramientas útiles (3-8).

El serodiagnóstico por inmunodifusión es un método que en los últimos años ha tomado gran importancia, sobre todo para el diagnóstico de micosis provocadas por agentes dimorfos. El mejoramiento en la calidad de los antígenos, convirtió a ésta en una metodología reproducible y específica para la investigación de patologías fúngicas en población inmunocompetente (8-10). Este método alcanza una especificidad superior al 90% para el diagnóstico de micosis endémicas en población inmunocompetente, así como en el caso de la aspergilosis su certeza diagnóstica depende de los antígenos utilizados y de la forma clínica de la enfermedad (11-13).

El objetivo del estudio fue establecer los factores asociados a micosis pulmonar en pacientes con síntomas de enfermedad respiratoria crónica residentes de la zona del Alto Huallaga, Perú.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño del estudio: Investigación de enfoque cuantitativo, transversal, retrospectivo, analítico y de diseño casos y controles; se siguió los lineamientos de la pauta STROBE para estudios de casos y control (14).

Población y muestra: la población de estudio estuvo conformada por los pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica baja y con resultados de pruebas de inmunodifusión para *Histoplasma Capsulatum* y/o *Paraccoccidiodes brasiliensis* y/o *Aspergillus* sp. y/o *Aspergillus*. El ámbito de trabajo del estudio fueron los establecimientos de salud adscritos a los Hospitales de Tingo María tanto del Ministerio de Salud MINSA y Seguro Social de Salud del Perú ESSALUD, cabezas de red respectivamente de los establecimientos de salud de los distritos de Rupa Rupa, Tocache, Uchiza, Santa Lucía, Aucayacu y Puerto Inca-Sungaro, que corresponden a las provincias de Leoncio Prado, Puerto Inca y Tocache, consideradas zonas tropicales y endémicas de micosis profundas y oportunistas.

El tamaño muestral calculado a través del software Epidat 4.1 con los parámetros de proporción en los casos expuestos del 30% y 10% de los no expuestos, con un nivel de confianza del 95% y poder de prueba del 80%. Con estos datos se estudió a 52 casos y 116 controles.

Se definió como “caso” a un paciente hombre o mujer, mayor de 18 años con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica baja, presentar por lo menos cinco

episodios o más de bronquitis al año y/o tos con expectoración por más de tres meses, contar con prueba de inmunodifusión y resultado positivo a *Histoplasma capsulatum*, y/o *Paraccoccidiodes brasiliensis* y/o *Aspergillus* sp. y/o *Aspergillus fumigatus*. Se definió como “control” a un paciente hombre o mujer, mayor de 18 años con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica baja, presentar por lo menos cinco episodios o más de bronquitis al año y/o tos con expectoración por más de tres meses, con prueba de inmunodifusión y resultado negativo a *Histoplasma Capsulatum* y/o *Paraccoccidiodes brasiliensis* y/o *Aspergillus* sp. y/o *Aspergillus fumigatus*.

Instrumentos de recolección de datos: se utilizó una ficha de registro ad hoc para el estudio, la variable de investigación fue presencia de micosis pulmonar que fue categorizada según su causa (histoplasmosis, paraccoccidiodomicosis y aspergilosis), las variables asociadas incluyeron: sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación, ingresos económicos; menos de 500 soles 137 USD o entre 500-1500 soles 137-412 USD, haber visitado a una cueva típica de la región conocida como “cueva de las lechuzas”, haber presentado trauma por astillas, tipo de agricultura, tiempo de la enfermedad respiratoria baja, presencia de síntomas como: hemoptisis, tos seca, fiebre, pérdida de peso, dolor torácico y disnea.

Procedimiento: la captación de los casos se realizó en el servicio de consultorios externos de los establecimientos de salud del

MINSA y de EsSalud de los distritos de Rupa Rupa, Tocache, Uchiza, Santa Lucía, Aucayacu y Puerto Inca-Súngaro. A las personas que aceptaron participar previo consentimiento informado firmado, se procedió a obtener datos que fueron recogidos en una ficha clínica-epidemiológica a cargo del personal médico del establecimiento de salud previamente capacitado en su llenado, seguido de la toma de una muestra de sangre de 10 ml, para las pruebas de micoserología.

Todos los sueros fueron conservados y derivados, entre 4° y 10°C empleando bloques de hielo, al Laboratorio de Micología del Instituto Nacional de Salud (INS) de Lima, utilizando los mecanismos de la Red de Laboratorios de Salud Pública del país. El envío de las muestras se realizó de forma semanal.

En el INS se realizaron las pruebas de inmunodifusión en gel agar para *Histoplasma capsulatum* código interno 207021003, *Paraccocidiodes brasiliensis* código interno 207021103, *Aspergillus sp* código interno 207020703. Los reactivos utilizados fueron antígenos monovalentes con determinantes antigénicos específicos para *Histoplasma capsulatum*, *Paraccocidiodes brasiliensis*,

*Aspergillus sp*. Asimismo, de los casos pertenecientes a ESSALUD se obtuvo una placa radiográfica de tórax antero-posterior, los que fueron leídos y reportados por un único radiólogo del Hospital de Tingo María, previo conocimiento de la historia clínica del caso.

Análisis estadístico: la información se procesó utilizando el software estadístico SPSS versión 22.0 para Windows®; se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado. Se aplicó la prueba chi cuadrado con corrección de Yates para tablas de doble entrada. Se calculó el Odds Ratio con sus intervalos de confianza al 95%. Se realizó el análisis multivariado de regresión logística para establecer el mejor modelo de los factores asociados de la micosis pulmonar-prevalente. Se consideró un  $p < 0,05$  como significativo.

Aspectos Éticos: el estudio recibió la aprobación del Comité de Bioética del INS y fue conducido de acuerdo con la Declaración de Helsinki. A los pacientes se les informó en forma oral, sobre el estudio y su participación, acorde con el nivel sociocultural de cada uno de ellos del propósito del estudio y a todos se les solicitó su consentimiento informado.

## RESULTADOS

El 54,8% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 45,2% de sexo femenino, no siendo significativa la diferencia. La edad promedio fue de 47,62 con un rango de 18 a 75 años (IC95% 45,25–49,99) y un tiempo promedio de enfermedad de 7,4 meses con un rango: 3 a 24 meses.

Los exámenes de laboratorio para determinar la causa de las micosis de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la Tabla 1, siendo el hallazgo más relevante la histoplasmosis con un 8,9% de presencia (IC95% 4,62–13,24) y la aspergilosis con un 22% de presencia (IC95%

15,75–28,29) respectivamente; no se halló ningún caso de paracoccidiodomicosis.

**Tabla 1.** Micosis pulmonar según causa en el Alto Huallaga

Causa	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
<b>Histoplasmosis</b>			
Sí	15	8,9	4,62-13,24
No	153	91,1	86,76-95,38
<b>Paracoccidiodomicosis</b>			
Sí	0	0,00	0,00-0,00
No	168	100	100,0-100,0
<b>Aspergilosis</b>			
Sí	37	22,1	15,75-28,29
No	131	77,9	71,71-84,25

Fuente: Elaboración propia n=168

IC: Intervalo de confianza; n: número

Las micosis pulmonares según características demográficas y presencia de sintomatología respiratoria crónica de los pacientes se describen en la Tabla 2, siendo el hallazgo más relevante el lugar de residencia con un

76,9% en los casos y de 10,3% en los controles, y el ingreso económico con un 30,8% en los casos y 10,3% en los controles, respectivamente.

**Tabla 2.** Micosis pulmonar según características demográficas de los pacientes y presencia de sintomatología respiratoria crónica baja. Alto Huallaga.

Variables	Sintomatología respiratoria crónica baja					
	Sí (Casos) n = 52	%	IC 95%	No (Controles) n = 116	%	IC 95%
<b>Sexo</b>						
Masculino	24	46,2	32,60-59,70	64	55,2	46,12-64,22
Femenino	28	53,8	40,30-67,40	52	44,8	35,78-53,88
<b>Procedencia</b>						
Rural	40	76,9	65,47-88,37	12	10,4	4,80-15,88
Urbano	12	23,1	11,63-34,53	104	89,6	84,12-95,20
<b>Grado de instrucción</b>						
Analfabeto	8	15,4	5,57-25,19	12	10,4	4,80-15,88
Primaria	44	84,6	74,81-94,43	104	89,6	83,12-95,20
<b>Ocupación</b>						
Agricultor	16	30,7	18,23-43,31	28	24,2	16,35-31,99

No agricultor	36	69,3	56,69-81,77	88	75,8	68,07-83,65
<b>Ingresos económicos</b>						
< 500 soles (137 USD)	16	30,7	18,23-43,31	12	10,4	4,80-15,88
500 a 1500 soles (137-412 USD)	36	69,3	56,69-81,77	104	89,6	84,12-95,20

Fuente: Elaboración propia n=168  
n: número; %; porcentaje; IC: intervalo de confianza

Las micosis pulmonares según características clínicas, epidemiológicas y sintomatología respiratoria crónica de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Micosis pulmonar según características clínicas, epidemiológicas y presencia de sintomatología respiratoria crónica baja. Alto Huallaga.

Variables	Sintomatología respiratoria crónica baja					
	Sí (Casos) n = 52			No (Controles) n = 116		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
<b>Visita a la cueva de las lechuzas</b>						
Sí	32	61,5	48,32–74,76	20	17,4	10,37–24,11
No	20	38,5	25,24–51,68	96	82,6	75,89–89,63
<b>Trauma con astillas</b>						
Sí	12	23,1	11,63–34,53	32	27,9	19,46–35,72
No	40	76,9	65,47–88,37	84	72,1	64,28–80,54
<b>Tipo de agricultura</b>						
Básica	48	92,4	85,07–99,55	24	20,9	13,32–28,06
Tecnológica	4	7,6	0,45–14,93	92	79,1	71,94; 86,68
<b>Enfermedad respiratoria baja</b>						
Sí	0	0	0,00–0,00	0	0	0,00–0,00
No	52	100	100,0–100,0	116	100	100,0–100,0
<b>Tiempo de enfermedad</b>						
Menos de 15 días	0	0	0,00–0,00	0	0	0,00–0,00
De 15 a 30 días	52	100	100,0–100,0	116	100	100,0–100,0
<b>Hemoptisis</b>						
Sí	12	23,1	11,63–34,53	28	24,4	16,35–31,93
No	40	76,9	65,47–88,37	88	75,6	68,07–83,65
<b>Tos seca</b>						
Sí	28	53,8	40,30–67,40	72	62,7	53,24–70,90
No	24	46,2	32,60–59,70	44	37,3	29,10–46,76
<b>Fiebre</b>						
Sí	16	30,7	18,23–43,31	44	37,3	29,10–46,76

No	36	69,3	56,69–81,77	72	62,7	53,24–70,90
Pérdida de peso						
Sí	36	69,3	56,69–81,77	72	62,7	53,24–70,90
No	16	30,7	18,23–43,31	44	37,3	29,10–46,76
Dolor torácico						
Sí	44	84,2	74,81–94,43	88	75,6	68,07–83,65
No	8	15,8	5,57–25,19	28	24,4	16,35–31,93
Disnea						
Sí	17	32,9	19,94–45,44	56	48,8	39,19–57,37
No	35	67,1	54,56–80,06	60	51,2	42,63–60,81

Fuente: Elaboración propia n=168

n: número; %; porcentaje; IC: intervalo de confianza

En la Tabla 4, se presenta el análisis bivariado que encuentra asociación estadística significativa de micosis pulmonar en pacientes con sintomatología respiratoria

crónica con las variables procedencia de zona rural, ingreso económico menor de 500 soles, haber visitado la cueva de las lechuzas y el tipo de agricultura básica.

**Tabla 4.** Variables significativas según sintomatología respiratoria crónica baja, en la población en estudio. Análisis bivariado

Variables	p	OR	OR (IC 95%)	
			Inferior	Superior
Procedencia (rural/urbano)	0,000	28,88	11,99	69,60
Ingresos económicos (<500/500+)	0,002	3,85	1,66	8,91
Visita a la cueva de las lechuzas(si/no)	0,009	7,68	3,67	16,06
Tipo de agricultura (básica/tecnológica)	0,000	46,00	15,09	140,21

Fuente: Elaboración propia n=168

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

En la Tabla 5, se presenta el análisis multivariado de regresión logística, Este modelo fue obtenido mediante la técnica de selección de variables paso a paso “stepwise”, la que arrojó valores de la prueba de Hosmer y Lemeshow de 0,393 indicando que el modelo es adecuado ( $p < 0,05$ ) y valores de R cuadrado de Nagelekerke de

0,580 indicando que el 58% de la micosis pulmonar en pacientes con sintomatología respiratoria crónica es explicado por los factores: visita a la cueva de las lechuzas y procedencia rural. Además, el modelo clasificó correctamente la micosis pulmonar en pacientes con sintomatología respiratoria crónica en un 85,7%.

**Tabla 5.** Variables significativas según sintomatología respiratoria crónica baja, en la población en estudio. Análisis multivariado de regresión logística.

Variables	p	OR	OR (IC 95%)	
			Inferior	Superior
Visita a la cueva de las lechuzas(si/no)	0,000	6,16	2,35	16,14
Procedencia (rural/urbano)	0,000	25,22	9,77	65,07

Fuente: Elaboración propia n=168

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza

## DISCUSIÓN

A nivel mundial a lo largo del tiempo, han sido muchos los casos reportados de histoplasmosis asociada a la visita a cuevas. Entre algunos de ellos se encuentra el brote que ocurrió en febrero de 1973 en Estados Unidos, en un grupo de 29 jóvenes que exploraron una cueva del norte del estado de Florida, habitada por murciélagos; 23 de ellos desarrollaron síntomas de la enfermedad, y a 26 pacientes se les realizó serología por fijación de complemento al inicio de la tercera semana de evolución de la enfermedad, obteniendo 12 resultados positivos (46,2%) (13), asimismo otros estudios reportan que las visitas a este tipo de cuevas están relacionadas a la aparición de histoplasmosis (18).

Las micosis profundas constituyen infecciones endémicas en el Perú, así como en muchos países de América, y dado que no son enfermedades de notificación obligatoria se desconoce su casuística real (1,13,18).

Se plantea que las micosis pulmonares deben de ser consideradas como infecciones reemergentes en nuestros días, por el creciente número de individuos con estas afecciones; cada día se encuentran nuevos

casos de microorganismos de este género implicados en una sepsis pulmonar o sistémica, aparte de los ya conocidos patógenos oportunistas; *Trichosporon*, *Pseudallescheria*, *Penicillium*, y hasta *Malassezia furfur* integran la larga lista de micosis profunda. Las formas de presentación clínica de las micosis pulmonares se caracterizan por una evolución aguda o subaguda.

Para un adecuado diagnóstico de esta patología, se incluye la combinación de cuatro características: cuadro clínico-radiológico, examen microscópico directo y cultivo de especímenes, exámenes histopatológicos y test serológicos. En el caso del cuadro clínico, la literatura reporta síntomas y signos variados que incluyen: tos, expectoración purulenta, dolor torácico, disnea, hemoptisis, fiebre; llegando incluso algunos casos al shock y la insuficiencia respiratoria (3,4). Asimismo, además de la agudeza y experiencia clínica, es importante también el contexto epidemiológico, que incluye variables como: exposición, zona geográfica endémica, factores individuales (ej. inmunosupresión), y compromiso de otros órganos (ejemplo: en el caso de

aspergilosis, presencia de sinusitis; antecedentes de TBC (tratadas) y en el caso de blastomicosis, presencia de lesiones dermatológicas (3,4). Por ejemplo, en el caso de la aspergilosis, es frecuente su asociación a la tuberculosis y otras infecciones previas, curadas, pero con secuelas cavitarias, incluyendo otras micosis pulmonares, como la histoplasmosis (3,4). Ello se corrobora, en nuestro trabajo, donde se reporta la coinfección en dos de los casos seropositivos. En el caso de la imagenología, tampoco se encuentra características específicas para las micosis, salvo excepciones, pudiendo encontrarse en el caso de las radiografías de tórax variados cuadros como lesiones inflamatorias de forma neumónica o bronconeumónica, infiltrados miliares, nódulos, cavitación, calcificación, reacción pleural, adenopatías hiliares; además, la clásica imagen del aspergiloma (fungus ball, micetoma) no siempre está presente en la radiología de aspergilosis pulmonar; así como tampoco, en el caso de histoplasmosis pulmonar, no siempre se aprecian las típicas calcificaciones, ni es tampoco ello la única causa de calcificación en el pulmón (1,16,17). En el estudio que se presenta no se encontraron características radiológicas particulares de los casos seropositivos, los establecimientos incluidos en el estudio estaban ubicados en áreas alejadas de la ciudad y carecían de los equipos necesarios, por lo que se optó por el transporte de las muestras desde las zonas de recolección hasta la ciudad de Huánuco al Laboratorio de Referencia Regional, y de ahí a la ciudad de

Lima al Laboratorio del INS. A pesar de haberse buscado preservar la cadena de frío, estimamos que algunas muestras pueden haber presentado el deterioro del espécimen con su respectiva seronegatividad, situación que podría explicar también nuestros resultados. Además, en el caso del examen y cultivo de esputo, es importante considerar también la forma de recojo de las muestras, dado que, por ejemplo, estas muestras no tienen valor si previamente no se realiza un aseo bucal, o si estas no se procesan en las dos primeras horas de recogida la muestra, situación difícil de realizar en algunas zonas del país, donde el apoyo de laboratorio no se encuentra cercano (1,13).

Debido a lo anterior, para apoyar el diagnóstico micológico se han desarrollado algunos marcadores serológicos confiables, siendo las técnicas más usadas actualmente: la determinación de precipitinas (anticuerpos), LPA (antígenos circulantes), fijación de complemento e inmunodifusión. Esta última técnica ha sido la empleada en nuestro estudio.

Respecto a las características epidemiológicas de los pacientes, destaca que Rupa Rupa (Tingo María) reporta el mayor número de casos, probablemente debido a que esta ciudad ostenta un reconocido atractivo turístico a nivel nacional e internacional al ser una de las ciudades que está rodeada por la mayor cantidad de cuevas naturales del mundo (1), siendo la más conocida la denominada "Cueva de las Lechuzas". Esta cueva es el principal y más visitado atractivo turístico de la zona, habiendo sido también la más

explorada y estudiada: en cerca de 405 metros de largo se ha constatado vida en los primeros 265 metros, mayormente habitado por aves como “el guacharo” (*Steatornis caripensis*), y *Ara* sp. (1), y que se comportan como vectores de esporas de *Histoplasma capsulatum* (1). Debido a que en otros estudios se han identificado casos de personas con enfermedad micótica, sobre todo relacionado a histoplasmosis, y que presentan el antecedente de haber visitado estas cuevas (3), es necesario que los visitantes sean informados correctamente de las medidas de prevención necesarias, y eviten sufrir la afección primaria y sistémica de la denominada “fiebre de Tingo María”. Si bien nuestros resultados son bajos para la presencia esperada de esta micosis pulmonar (en zonas endémicas de Argentina se reportan una seropositividad de 11,9%; consideramos que la búsqueda de estas etiologías se realice como parte del diagnóstico diferencial de pacientes con

enfermedad respiratoria crónica y con sospecha epidemiológica. Si bien, el diagnóstico de certeza de las micosis es la observación del hongo parasitando el tejido del hospedador, la detección de anticuerpos específicos en el suero de los pacientes indica una alta sospecha de micosis activa y muchas veces puede ser el único hallazgo de laboratorio (15,16).

La literatura científica reporta numerosos estudios e informes de brotes y epidemias asociados a exposición de hongos en limpieza de parques, tala de árboles y visita a cuevas habitadas por murciélagos, lechuzas y otras aves, resultado que es coincidente con nuestro estudio, donde el principal factor que determina la micosis desde el punto de vista laboral es la ocupación agricultura básica y/o artesanal que es la predominante en la selva del Alto Huallaga.

## CONCLUSIONES

En conclusión, se encontró asociación estadísticamente significativa, a través del análisis multivariado, entre la sintomatología respiratoria crónica baja y la procedencia de zona rural y visitar la cueva de las lechuzas. El resultado del análisis estadístico demostró asociación con el ingreso económico <500 soles y la agricultura básica. Se resalta la

importancia de incluir las pruebas de inmunodiagnóstico para el diagnóstico diferencial en los casos de las enfermedades respiratorias crónicas, así como recomendar a las personas el uso de mascarillas para su ingreso a zonas de riesgo como las cuevas en zonas de selva alta y baja.

## REFERENCIAS

1. Gómez, W,; Guevara, M; Cortegana, C; Obregon, P; Motta, J; Antholveg, N. Seroprevalencia de micosis pulmonares en pacientes con sintomatología de enfermedad respiratoria crónica baja: Alto Huallaga, Perú 2008. An. Fac. med. [Internet]. 2008 Jun [citado 2021 Nov 01] ; 67( 2 ): 134-141. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1025-55832006000200006&lng=es>.
2. Loulergue P, Bastides F, Baudouin V, Chandenier J, Mariani-Kurkdjian P, Dupont B, et al. Literature review and case histories of *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* infections in HIV-infected patients. *Emerg Infect Dis.* 2007;13:1647-52. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708674>.
3. Curbelo J, et al. Actualización sobre *Aspergillus*, *Pneumocystis* y otras micosis pulmonares oportunistas. *Arch Bronconeumol.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.02.010>
4. Espinoza Pérez, J.; Agüero Balbín, R.; Martínez Meñaca, A.; Ciorba, C.; Mora Cuesta, V. Micosis pulmonares. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2014. 11(66), 3949–3962. doi:10.1016/S0304-5412(14)70867-4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708674>
5. Garnacho-Montero J, Olaechea P, Alvarez-Lerma F, Alvarez-Rocha L, Blanquer J, Galván B, et al. Epidemiology, diagnosis and treatment of fungal respiratory infections in the critically ill patient. *Rev Esp Quimioter.* 2013;26:173–88.
6. Tunnicliffe G, Schomberg L, Walsh S, Brendan T, Harrison T, Chua F. Air-way and parenchymal manifestations of pulmonary aspergillosis. *Respir Med.* 2013;107:1113–23. <https://seq.es/wp-content/uploads/2016/12/olaechea.pdf>.
7. Smith JA, Kauffman CA. Pulmonary fungal infections. *Respirology.* 2012;17:913–26. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1843.2012.02150.x>.
8. Patterson TF, Thompson GR, Denning DW, Fishman JA, Hadley S, Herbrecht R, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2016; 63:e1-e60. <https://academic.oup.com/cid/article/63/4/e1/2595039?login=true>.
9. Limper AH, Knox KS, Sarosi GA, Ampel NM, Bennett JE, Catanzaro A, et al. An official American Thoracic Society Statement: Treatment of fungal infections in adult pulmonary and critical care patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:96–128. <https://doi.org/10.1164/rccm.2008-740ST>.
10. Denning DW, Cadranel J, Beigelman-Aubry C, Ader F, Chakrabarti A, Blot S, et al. Chronic pulmonary aspergillosis: rationale and clinical guidelines for diagnosis and management. *Eur Respir J.* 2016;47(1):45-68. doi:10.1183/13993003.00583-2015.
11. Sartori A, Souza A, Zanon M, Irion K, Marchiori E, Watte G, Hochegger B. Performance of magnetic resonance imaging in pulmonary fungal disease compared to high-resolution computed tomography. *Mycoses.* 2017;60(4):266-72. doi: 10.1111/myc.12594. Epub 2017 Jan 9
12. Tanaka S, Kobayashi R, Nagita H, Okamoto K, Iida Y, Hongo K, et al. A case of pulmonary histoplasmosis diagnosed after lung lobectomy. *Surg Case Rep.* 2018; 4(1):145. doi: 10.1186/s40792-018-0554-9.
13. Dourojeanni MJ, Tovar A. Notas sobre el ecosistema y la conservación de la Cueva de las Lechuzas, Parque Nacional de Tingo María, Perú. *Rev Forestal Perú (Lima).* 1972; 5: 28-45.
14. STROBE Statement. [Consultado el 12 de enero del 2019]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
15. García J, Pemán J. Microbiological diagnosis of invasive mycosis. *Rev Iberoam Micol.* 2018;35(4):179-85. doi: 10.1016/j.riam.2018.05.003. Epub 2018 Nov 22.
16. Hage CA, Azar MM, Bahr N, Loyd J, Wheat LJ. Histoplasmosis: Up-to-Date Evidence-Based Approach to Diagnosis and Management. *Semin Respir Crit Care Med.* 2015;36(5):729-45. doi: 10.1055/s-0035-1562899. Epub 2015 Sep 23.
17. Di Mango AL, Zanetti G, Penha D, Menna-Barreto M, Marchiori E. Endemic pulmonary fungal diseases in immunocompetent patients: an emphasis on thoracic

imaging. *Expert Rev Respir Med.* 2019. doi:  
10.1080/17476348.2019.1571914.  
<https://doi.org/10.1080/17476348.2019.1571914>.

18. Loulergue P, Bastides F, Baudouin V, Chandenier J, Mariani-Kurkdjian P, Dupont B, et al. Literature review

and case histories of *Histoplasma capsulatum* var. *duboisii* infections in HIV-infected patients. *Emerg Infect Dis.* 2007;13:1647-52.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708674>.

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Cuestión de mujeres: violencia obstétrica y cuidado familiar de personas con parálisis cerebral en Morelos, México

#### Women's issue: Obstetric violence and family care for people with cerebral palsy in Morelos, Mexico

Ignacio García Madrid<sup>1</sup>, Luz María González Robledo<sup>1,2</sup>, Adriana Araceli Figueroa Muñoz Ledo<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo:** El presente artículo analiza la experiencia de mujeres cuidadoras familiares de adultos con parálisis cerebral (PC), identificando elementos capacitistas y heteronormativos en el discurso médico sobre personas con PC que subyacen a la violencia obstétrica (VO) y confieren el trabajo de cuidados a las mujeres.

**Metodología:** Estudio cualitativo de diseño fenomenológico con 25 sujetos de trece familias de la Zona Metropolitana de Cuernavaca, México con integrantes adultos con PC. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, grabadas previo consentimiento informado, transcritas y analizadas mediante descripción interpretativa.

**Resultados:** Los relatos sobre la atención médica arrojaron experiencias de violencia obstétrica, violencia pediátrica y negligencia que marcaron la vida de las madres y sus hijos con PC. El trabajo de cuidados especiales recae principalmente en las madres y otras mujeres de sus familias, estimulado por discursos médicos de poder operando sobre los cuerpos de los/as otros/as; cuando se trata de mujeres-madres, el género es fundamental en la construcción de dicho discurso, del que emanan capacidades normativas, como la capacidad de tolerar sufrimiento en el parto y el deber de cuidar de por vida a hijos/as con PC, a quienes el discurso define como sujetos dependientes. **Conclusiones:** Coincidiendo con otros estudios sobre VO, ésta problemática va más allá de la calidad de la atención médica; es una manifestación de violencia estructural sustentada en ideas capacitistas y heteronormativas que delegan el trabajo de cuidado en las mujeres con base en su "capacidad natural" y aspiracional para cuidar de otros, en detrimento del conocimiento y ejercicio de derechos.

**Palabras clave:** Violencia de género, Personas con discapacidad, Cuidadoras, Norma de género.

#### ABSTRACT

**Objective:** This article analyzes the experience of female family caregivers of adults with cerebral palsy (CP), identifying ableist and heteronormative elements in the medical discourse about people with CP that underlie obstetric violence (OV) and confer care work on women. **Methodology:** Qualitative study of phenomenological design with 25 subjects from thirteen families of the Metropolitan Area of Cuernavaca, Mexico with adult members with CP. Semi-structured interviews were conducted, recorded with prior informed consent, transcribed and analyzed by interpretive description.

**Results:** The reports about medical care showed experiences of OV, pediatric violence and neglect that marked the lives of mothers and their children with CP. Special care work falls mainly on mothers and other women in their families, stimulated by medical discourses of power operating on the bodies of others; When it comes to women-mothers, gender is fundamental in the construction of this discourse, from which normative capacities emanate, such as the ability to tolerate suffering in childbirth and the duty to care for children with CP for life, whom the discourse defines as dependent subjects. **Conclusions:** Coinciding with other studies on OV, this problem goes beyond the quality of medical care; It is a manifestation of structural violence supported by ableist and heteronormative ideas that delegate care work to women based on their "natural" and aspirational capacity to care for others, to the detriment of the knowledge and exercise of rights.

**Keywords:** Gender violence, People with disabilities, Women caregivers, Gender norm

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Estudios Superiores de Cuautla. Cuautla, Morelos, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Medicina. Cuernavaca, Morelos, México

Recibido: 19 de junio de 2020.

Aceptado: 15 de febrero de 2021.

Correspondencia para la autora: Luz María González Robledo. Calle Leñeros esquina Iztaccihuatl s/n Colonia Volcanes, CP. 62350. Cuernavaca, Morelos, México. [luz.gonzalez@uaem.mx](mailto:luz.gonzalez@uaem.mx)

## INTRODUCCIÓN

### *Violencia obstétrica*

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre las Dinámicas en los Hogares de México (ENDIREH) de 2016, en el quinquenio 2011- 2016 se atendieron al menos 8 millones 700 mil partos en mujeres entre 15 y 49 años (INEGI, 2017). Dicha encuesta señala que 3 millones 700 mil mujeres (42.8%) tuvieron su último hijo por cesárea, cifra muy superior a los límites del 10 al 15% establecidos por la OMS (s/f) para ayudar a reducir la mortalidad materna e infantil durante el parto. De estas cesáreas el 10.3% se realizaron sin proporcionar información sobre su necesidad y 9.7% sin autorización previa de las mujeres o de sus familiares para realizarla (INEGI, 2017). Datos de la misma encuesta muestran que 33.4% de las mujeres sufrieron maltrato obstétrico. La entidad federativa con más casos registrados fue la Ciudad de México (36.5%), mientras que Sinaloa (28%), Nuevo León (26.9%), Chihuahua y Guerrero (ambos 26.3%) y Chiapas (20.8%) presentaron los menores porcentajes (INEGI, 2017), que siguen siendo cifras muy elevadas (Castro y Frías, 2019). El maltrato obstétrico se registró mayormente en el sector público (hasta 40.8% en el Instituto Mexicano del Seguro Social), mientras que fue menor en hospitales privados y consultorios particulares (18.2% y 17.7% respectivamente) y significativamente más bajo en la atención por parteras (4.5%) (INEGI, 2017).

La violencia de género ha sido reconocida como un asunto de derechos humanos y tipificada desde un amplio marco

jurídico internacional (CADH, 2018; Gherardhi, 2016; Soto, 2016; Villanueva et al. 2016). La violencia obstétrica (VO) es una forma específica de violencia de género que vulnera los derechos de las mujeres a la salud, la integridad personal, seguridad, información, vida privada, autonomía reproductiva y una vida libre de violencia (CADH, 2018; Soto, 2016; Villanueva et al. 2016). En los neonatos la violencia pediátrica vulnera su derecho a la vida, a la salud y a protegerlos contra toda forma de violencia (ONU, 1989).

La legislación mexicana considera que la VO se genera por acciones u omisiones desde los diferentes niveles de responsabilidad y atención del sistema de salud (Villanueva et al. 2016). Sin embargo, por los términos en que las leyes han incorporado la VO pareciera ser que es específicamente el personal médico quien daña o denigra a las mujeres, provocando que éste practique una “medicina defensiva” ante posibles demandas legales (Soto, 2016; Villanueva et al. 2016). Diversos estudios plantean la necesidad de detectar las causas históricas y culturales de la VO a nivel estructural del sistema de salud formal, con base en equidad de género y derechos ciudadanos (Sosa, 2018; Villanueva et al. 2016; Bellón, 2015; Castro y Erviti, 2015).

### *Parálisis cerebral: factores de riesgo biológicos y no biológicos*

Daños en el cerebro fetal, neonatal o infantil por diversas causas generan un grupo de trastornos del desarrollo denominados

“parálisis cerebral” (PC). La PC se define como la afectación del movimiento y la postura, acompañada a menudo de otros trastornos relacionados con la sensación, la percepción, la cognición, la comunicación y el comportamiento, epilepsia y problemas musculoesqueléticos secundarios (Colver, Fairhurst y Pharoah, 2014; Rosenbaum et al. 2007). Factores de riesgo asociados con PC pueden ser biológicos y/o no biológicos y presentarse en las etapas prenatal, perinatal o posnatal (Quesada y Fonseca, 2015; Robaina, 2010). Durante muchos años la etiología de la PC se atribuyó mayormente a prematuridad, a bajo peso al nacer y a causas perinatales, principalmente asfixia intraparto; actualmente se plantea la hipótesis de una etiología de causas múltiples que pueden iniciar en la preconcepción o en etapas subsecuentes (Robaina, 2010). La prevalencia de PC en países de altos ingresos se ha mantenido en 2 a 3.5 casos por cada 1,000 nacidos vivos, con una prevalencia similar en países de bajos ingresos (Colver, Fairhurst y Pharoah, 2014). No obstante, para Turquía, país de economía emergente, se estimaron 4.4 casos de PC por cada 1,000 nacidos vivos (Serdaroglu et al. 2016). Existe la posibilidad de prevalencias más altas en países de bajos ingresos si se considera en los estudios a la población menor a un año y las muertes por PC antes de un año de vida (Kakooza, 2017). En México no existen estudios epidemiológicos sobre PC (Flores, Cruz y Orozco, 2013; Poblano, Arteaga y García, 2009).

*Género y capacitismo como normas: aproximación teórico-analítica de la investigación*

La normativa que dicta la existencia de cuerpos “normales” y “sanos” produce a todos aquellos que no se ajustan al estándar como cuerpos desviados. De acuerdo con Moscoso y Arnau (2016), las discusiones sobre discapacidad solían girar en torno a dos ejes: 1) la perspectiva médica, que asume la discapacidad como una condición biológica que coloca al cuerpo que la experimenta en la necesidad de ser sanado, rehabilitado y/o ajustado lo más posible a las condiciones de normalidad, y 2) el modelo social, que considera la discapacidad como producto de entornos arquitectónicos y económicos hostiles. En cualquier caso, la discrepancia producida entre el cuerpo que figura como la norma versus aquel que no se ajusta a él se traduce en un discurso que distingue entre un cuerpo sano y uno deficiente, y que asimila la funcionalidad como capacidad (Mateo, 2019). Con esta base, se considera la ausencia de discapacidad como el estado natural —y deseable— del cuerpo, del mismo modo que la heterosexualidad se prescribe como condición natural de los sujetos que a la postre determina su subjetividad y posición en las relaciones sociales. Esa supuesta naturalidad fija las fronteras de un marco normativo a partir del cual los cuerpos y subjetividades que se ajustan resultan inteligibles, mientras que aquellos que no, quedan al margen de etiquetas que constriñen sus aspiraciones, deseos y

posibilidad de autonomía (Butler, 2010, 2007).

Teóricas feministas como Monique Wittig y Adrienne Rich (Mateo, 2019) señalan la heteronormatividad como modelo que al regir la sexualidad establece también un canon del cuerpo perfecto, el cual no incluye la discapacidad. Así mismo, se trata de un modelo que establece un concepto de feminidad ligado a las mujeres que, entre otras cosas, les asigna el rol de principales cuidadoras, mismo que deben asumir desde un deseo considerado natural. En este sentido, tanto las personas catalogadas como discapacitadas, como las mujeres por su condición de género están sometidas a una relación de dependencia en la que la persona discapacitada depende de alguien que le cuide y la mujer necesita de alguien a quien cuidar para cumplir su rol en la división sexual del trabajo (Toboso, 2017).

Por su parte, el capacitismo (ableism) refiere a la “[...] actitud o discurso que devalúa la discapacidad (disability) frente a la valoración positiva de la integridad corporal (able-bodiedness)” (Toboso, 2017: p.73); supone una perspectiva que produce sujetos marginados en tanto no se les asume íntegros corporalmente y, con ello, capaces. Tanto la producción del sujeto discapacitado, la de su contraparte —un cuerpo sano— y el supuesto carácter natural de la capacidad del cuerpo normal/sano dan cuenta del carácter performativo del discurso capacitista para producir las realidades que aparentemente sólo describe (Toboso, 2017; Maldonado, 2018). La perspectiva capacitista no se limita a la regulación de los cuerpos considerados

discapacitados, también se vincula con la idea de progreso en economía, valorando y promocionando capacidades alineadas a la productividad y la competencia (Toboso, 2017). El capacitismo se hermana con una mirada heteronormativa dado que las capacidades esperadas en hombres y mujeres difieren entre sí, presentándose distintas también al interior de cada grupo dependiendo de la intersección con otras categorías sociales o condiciones particulares.

La mirada capacitista se vincula con la construcción de feminidad al asumir que las mujeres poseen la capacidad natural para cuidar de otros, amorosa y desinteresadamente (Martín, 2010), de modo que aquellas que no pueden hacerlo —según los criterios que el mismo modelo de feminidad define— no sólo viven en un cuerpo discapacitado, sino también serían mujeres incompletas. Al igual que ocurre con los mandatos de género, la capacidad de cuidar de otros(as) no deja de ser una ficción en la práctica dado que ninguna mujer se ajusta al modelo ideal. Dicho desajuste entre mandato y realidad tiende a ser interpretado como una ruptura al orden social, frente a lo cual se ejecutan prácticas de desaprobación social como una forma de restaurar dicho orden (Peláez, 2016; Scheff, 1988). Tanto la mirada capacitista como la heteronormativa responden a los intereses de grupos dominantes y operan como discursos de poder-dominación (Toboso, 2017), siendo el discurso médico una de sus expresiones. El objetivo del presente artículo es analizar la experiencia de mujeres cuidadoras

familiares de adultos con PC, identificando elementos capacitistas y heteronormativos en el discurso médico sobre personas con PC

que subyacen a la VO y confieren el trabajo de cuidados a las mujeres.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los resultados que aquí se presentan son parte de una investigación más amplia sobre el cuidado familiar a personas adultas con PC. Para ello se desarrolló un estudio cualitativo con perspectiva fenomenológica, llevado a cabo entre 2018 y 2019 en la Zona Metropolitana de Cuernavaca, Morelos, México.

La selección de los informantes se realizó mediante un muestreo intencional (o por conveniencia) (Blaxter, Hughes y Tigh, 2008; Tamayo, 2001). Participaron 25 informantes de trece familias con al menos un integrante adulto con PC (madres, padres, hermanas cuidadoras y personas con PC), utilizando la estrategia de bola de nieve y

bajo criterios de inclusión previamente establecidos (tabla 1). El propósito de incorporar actores diversos fue integrar diferentes perspectivas para lograr una mejor comprensión del fenómeno, desde la propia vivencia y significado de los protagonistas en su contexto. Para este artículo se tomaron los testimonios de las madres y algunos adultos con PC. Para determinar el tamaño final de la muestra se tomaron en cuenta: 1) la incorporación de casos ricos en información, y 2) el criterio de saturación teórica (Guest, Bunce y Johnson, 2006).

**Tabla 1.** Criterios de inclusión de los informantes

Tipo de informante	Criterios de inclusión
Progenitores de la persona adulta con PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser madre o padre de la persona con PC</li> <li>• Que vivan con la persona con PC y/o participen en su cuidado</li> <li>• Aceptar participar en la entrevista</li> <li>• Hombres y mujeres mayores de 18 años</li> </ul>
Familiares de la persona con PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiares por consanguinidad, parentesco o afinidad</li> <li>• Que vivan con la persona con PC y/o participen en su cuidado</li> <li>• Aceptar participar en la entrevista</li> <li>• Hombres y mujeres mayores de 18 años</li> </ul>
Personas adultas con PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de severidad de la PC de acuerdo con el Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (Palisano et al. 2008), dado que éste puede influir en la percepción, conocimiento y experiencia del cuidado y en la capacidad de tomar o no decisiones propias.</li> <li>• Que se puedan comunicar de manera oral</li> <li>• Aceptar participar en la entrevista</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas por tipo de informante que exploraban: la trayectoria del cuidado familiar al adulto con PC, aspectos del embarazo, atención del parto, puerperio y cuidado del recién nacido, así como el diagnóstico, pronóstico y cuidados necesarios al integrante de la familia con PC. Las entrevistas fueron realizadas, previo consentimiento informado, en los hogares de las informantes o en espacios públicos donde se concertó la cita. Cada entrevista duró aproximadamente 60 minutos y en algunos casos se realizó más de una entrevista. La información

recolectada se complementó con las notas del diario de campo. El procesamiento de la información inició con la grabación en audio de las entrevistas y su posterior transcripción en el procesador de textos de Word™. Se utilizó el software especializado AtlasTi 8™. El análisis fue guiado por códigos organizados por temas y subtemas previamente definidos más los que surgieron del mismo proceso de indagación. Se realizó descripción interpretativa la cual siguió un enfoque flexible para sistematizar e integrar la información.

## RESULTADOS

Mediante el análisis exhaustivo de las entrevistas se identificaron dos grandes temas: 1) la violencia obstétrica: el discurso médico en la gestión del nacimiento de la persona con PC, y 2) el trabajo de cuidados: la producción de la cuidadora, la persona vulnerable y la dependencia; ambos dan cuenta de elementos capacitistas y heteronormativos en el discurso médico.

Se entrevistaron 16 cuidadores y nueve personas con PC. El perfil de los cuidadores (tabla 2) se caracteriza por ser en su mayoría mujeres (en una proporción de 4:1), con una edad media de 59 años

(52.8 en mujeres y 65 en hombres), casi todos reportaron estar unidos (casados/unión libre); sin embargo, seis mujeres señalaron ser solteras o separadas. Respecto a la ocupación, se encontró una variedad de oficios entre quienes trabajan, algunos están jubilados, otros manifestaron dedicarse al hogar y tres manifestaron estar desempleados. Por otra parte, las personas con PC entrevistadas contaban con un promedio de edad de 36 años (rango de 20 a 56 años), todos solteros, sólo una tercera parte trabaja y su nivel de escolaridad es mayormente bajo o incluso nulo.

**Tabla 2.** Perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas

13 familias: 12 clase media (baja, media y alta) y 1 clase baja					
	Cuidadoras/es y Personas con PC	Rangos de edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
M U J E R E S	Madres: 9 Hermanas: 3 Sobrina: 1	30 a 67 años Media = 52.84	Casada: 5 Divorciada: 4 Soltera: 2 Separada: 1 Unión libre: 1	Primaria: 2 Secundaria: 1 Preparatoria: 2 Técnica: 1 Licenciatura: 4 Posgrado: 3	Ama de casa: 3 Administrativa: 3 Ventas: 2 Docente: 1 Docente jubilada: 1 Enfermera jubilada: 1 Prof/investigadora: 1 Actriz y productora: 1
	17 Adultas con PC: 4	20 a 52 años Media = 33.5	Soltera: 4	Preparatoria: 1 Licenciatura: 1 No se obtuvo el dato: 2	Pintora becada: 1 Sin empleo: 3
H O M B R E S	Padres: 2 Padrastro: 1	59 a 69 años Media = 65	Casado: 3	Primaria: 1 Licenciatura: 1 No se obtuvo el dato: 1	Agricultor: 1 Admvo. jubilado: 1 Ama de casa: 1
	8 Adultos con PC: 5	25 a 56 años Media = 38	Soltero: 5	Sin estudios: 1 Primaria: 1 Secundaria 2 Licenciatura: 1	Traductor: 1 Ventas: 1 Sin empleo: 3
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>20 a 69 años</b>			

Fuente: Elaboración propia

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 1) Violencia obstétrica en la gestión del nacimiento de la persona con PC

Las madres de personas con PC relataron que el momento del nacimiento fue determinante para el daño cerebral de su hijo. La mayoría responsabilizó al personal de salud ya que la atención del parto fue indiferente, tardía y hasta negligente, lo cual pudo desencadenar sufrimiento fetal y en consecuencia la PC. Los siguientes testimonios de madres con

hijos que viven con PC dan cuenta de la forma como fueron atendidas, ellas y sus hijos, en hospitales públicos donde dieron a luz:

**Madre, 57 años:** *se me rompió la fuente y llegué como a la una de la mañana al seguro, me dijeron “sí ya va a nacer tu bebé” pero ahí me dejaron, y me da toda la madrugada, después todo el día y hasta como las siete de la noche ya me atendieron,*

*[...] porque pasó un doctor y le dijo a la doctora “¿qué estás haciendo doctorcita?”, y le dijo “aquí esperando a este niño que se me regresa”, entonces el doctor fue a verme y le dijo “¡se te están muriendo los dos!” (E 16-11-18)*

**Madre, 54 años:** *no dejó de llorar, por horas lloró, [...] no lo podía tranquilizar y las enfermeras tampoco son tan acomodadas [serviciales], me decían que el problema era que yo no le daba el pecho y que el niño tenía que forzosamente tomar el pecho, y yo les decía “es que ya pasaron muchas horas, por favor denle fórmula” [...] y así pasamos toda la noche con él llorando y llorando y poniéndose con espasmos raros que ahora entiendo que eran convulsiones, pero ninguna de las enfermeras ni ningún médico lo dijo (E 05-08-19)*

**Madre, 65 años:** *“Fui programada, cesárea, me citaron a las once, la cesárea me la hicieron como a las ocho de la noche [...] me metieron a urgencias, a sala y todo, pero ya fue hasta como a las ocho de la noche [los médicos le dijeron] “si quiere la operamos” este... ¿cómo se llama? “para que no se vuelva a embarazar” (E 27-08-19)*

Bajo el esquema heteronormativo se configuran relaciones de poder basadas principalmente en el género donde frente a una oposición binaria y jerárquica se

superpone lo masculino a lo femenino (Guevara, 2008). En estos testimonios lo femenino hace referencia no sólo a las mujeres, sino también a aquello que simbólicamente recae en ese campo, como la maternidad, la vulnerabilidad y debilidad –tanto de la mujer como del bebé–, y la posición subordinada frente a una autoridad –personal de salud. Esta distribución diferenciada de poder explica la indolencia frente al sufrimiento del sujeto subordinado, así como el desplazamiento de la responsabilidad del sufrimiento al hecho mismo del parto –de ahí que el personal médico sugiera realizar un método de anticoncepción– y no a la indolencia como tal. Estas prácticas de indiferencia y omisión reflejan, por una parte, que el discurso médico naturaliza el sufrimiento de las mujeres durante el parto; por otro lado, si consideramos que la maternidad forma parte del mandato de feminidad, entonces el sufrimiento es inherente a ser madre, al menos el parto, y por ende no sólo no hay mucho que hacer, sino que las mujeres que deciden ser madres han de asumirlo. Se trata de un discurso que despoja a las mujeres de su calidad de sujetos para colocarlas sólo como cuerpos (de segunda clase) cuyas experiencias no son merecedoras de un trato que mitigue su dolor. Por otra parte, de los cinco casos de negligencia médica identificados en esta investigación, sólo uno pertenecía a una clase económicamente acomodada, reflejando que los ejercicios de poder van tomando formas particulares según se intersectan con categorías como la clase

social.

En los recuerdos de las madres sobre el parto de sus hijos destaca un conjunto de emociones. Excepto la ilusión del hijo por nacer que se puede considerar positiva, las emociones fueron negativas: intenso dolor físico, miedo, sentirse aisladas e ignoradas por médicos y enfermeras, tristes, molestas por la terminología médica (el hijo como “producto”), sentir que no atendieron bien al recién nacido, soledad por falta de compañía familiar y frustración e ira contenida por la mala atención médica:

**Madre, 57 años:** *me anestesiaron, entonces yo ya no supe más[...] hasta que desperté en un cubículo aislado, [...] no sabía si era de día o de noche, cuánto tiempo había pasado, entonces cuando pasó la primera enfermera le dije “señorita ¿mi bebé?”, y me decía “después le vienen a dar informes, y después”, y pues estaba muy triste y adolorida [...] al mes yo tenía unas fiebres espantosas y unos dolores horribles, y mi esposo me llevó al Seguro otra vez y así anduve, nos mandaban para acá, nos mandaban para allá, nos hacían esto, me hacían aquello, y resulta de que me dejaron gasas y restos de placenta [...] me vi ¡muy mal!* (E 12-03-19)

**Madre, 47 años:** *nació en el Seguro y nadie conmigo, nadie que preguntara “¿cómo está?”, [...] pues ahora sí que los médicos dijeron “como no hay nadie”, tomaron ellos sus decisiones y demás* (E11-01-20)

Las mujeres relataron que percibían en los ginecólogos mayor preocupación por su responsabilidad legal ante los posibles riesgos de la atención obstétrica que por ellas o sus hijos:

**Madre, 47 años:** *en el quinto mes tuve otra amenaza de aborto y me dijeron “lo más seguro es que el producto venga mal”, porque así le llaman, “el producto”, “te sugiero que mejor sea un aborto”, entonces obviamente me opuse”.*

**Entrevistador:** *¿recuerda la reacción de los médicos cuando usted no aceptó su diagnóstico?* **Entrevistada:** *claro, dijeron que era mi responsabilidad [...] [alumbramiento a los siete meses, feto en posición podálica] ningún ultrasonido ni nada, yo creo que me vieron sola y me dijeron que me iban a detener al bebé, pero no, [...] entonces fue parto normal cuando debió haber sido cesárea* (E 11-01-20)

El acumulado de estas prácticas violentas cosifica a las madres e hijos y les despoja de la posición protagónica alrededor del parto, dejando este rol al personal de salud, el cual será quien tome todas las decisiones y evalúe qué es lo importante en cada momento. La anulación de la agencia de las madres durante su parto deriva en estados emocionales que potencian el sufrimiento. Algunas madres, por ejemplo, expresaron haber sentido pudor y vergüenza por las maniobras médicas durante el parto o en

complicaciones posparto:

**Madre, 54 años:** *el doctor [...] dice “te quedaron residuos de placenta, por eso estás así, ya estas muy débil [...] lo único que puedo hacer rápido es limpiarte, te voy a meter mi mano, te voy a limpiar”, le digo “haga lo que tenga que hacer”, y pasé todo eso tan doloroso también, sola (E 05-02-20)*

La ira fue otra emoción presente en las madres de personas con PC por el maltrato médico y la negligencia profesional, sin embargo, no se expresó en intención alguna de reclamar o denunciar la VOpercibida:

**Madre, 57 años:** *físicamente me fue muy mal, sin embargo siempre [...] hemos sido muy fuertes, no somos débiles... ni enfermizos, ni nada de eso, entonces pues... ¡salí!, salí adelante [...] (E 12-03-19)*

La posición subordinada que ocupan las mujeres en esta relación y circunstancia opera al interior de un juego entre el reconocimiento del maltrato y la abnegación inherente al mandato de maternidad. Si bien la capacidad de agencia de estas mujeres se ve vulnerada en dicho escenario, también puede interpretarse que frente a la imposibilidad de confrontar a la autoridad médica estas mujeres construyen para sí una fortaleza que les permite cierta resiliencia ante la violencia.

El discurso médico va de la mano con la expectativa de que las mujeres posean *naturalmente* el conocimiento necesario

para “maternar”, en una especie de “monopolización” de saberes, dado que las mujeres que tuvieron partos complicados refirieron no haber recibido información de ginecólogos y pediatras que las atendieron durante el parto y/o el posparto sobre las posibles consecuencias del sufrimiento fetal, ni sobre cuidados concretos al infante en estas condiciones:

**Madre, 57 años:** *no podía succionar, no agarraba el pezón y tampoco podía agarrar la mamila; sin embargo, los doctores no me dijeron, no me enseñaron ¡nada! (E 16-11-18)*

**Madre, 54 años:** *a media noche vamos a una clínica privada [...] y la doctora nos dice: no tiene reflejo de succión, ocasionado porque tuvo retraso en el parto (E 05-08-19)*

**Madre, 65 años:** *a mí ya me habían dado un diagnóstico bien, nunca dijeron que iba a presentar secuelas (E 27-08-19)*

Respecto al diagnóstico del desarrollo anormal del infante la comunicación por parte de los médicos no siempre fue clara, o bien, la información no se ofreció en términos accesibles. Hubo médicos que dieron diagnósticos acompañados de pronósticos de desarrollo muy desalentadores: “*si sobrevive será un vegetal*”, desestimando la neuroplasticidad cerebral (Hara, 2015):

**Madre, 57 años:** *a los veintiún días me lo dieron de alta, pero me dijeron los doctores “señora es un milagro que el bebé esté vivo, no creemos que*

*va a vivir, no se haga ilusiones, entonces pues esperemos”, nunca me dijeron “llévelo a terapia”, uno de ellos me dijo “mira, si llega a vivir, que no creo, va a ser un vegetal, no se va a mover”, entonces la recomendación era que “cada 15 minutos tú lo muevas y le des masajitos, cada 15 porque no va a ser capaz de”, ¡bueno!* (E 16-11-18)

**Madre, 65 años:** *el doctor [dijo], que tenía que ir a terapia y que la rehabilitación iba a ser hastadonde Dios quisiera; las enfermeras en el hospital eran muy déspotas, decían muchas cosas, que “¿ya para qué?, así se queda”* (E 27-08-19)

La desestimación de la neuroplasticidad va de la mano con la lectura que el discurso médico hace del infante como discapacitado. Si bien este discurso reconoce y emplea el término discapacidad, también le llena de una carga peyorativa, tan es así que en ocasiones omite su uso y le sustituye por otros como “problemita”:

**Madre, 54 años:** *[el pediatra] me explicó que sus deditos los metía no sé cómo, pero yo me quedé como... ¿qué es eso?, en mi mente dije “vamos a ir con doctores que le den un buen tratamiento”, yo pensé que era como una enfermedad [...] no nos dijo discapacidad, nos dijo que traía un problemita, pero no nos dijo qué* (E 05-02-20)

En el proceso de detectar que los hijos estaban presentando un retraso en su

desarrollo, los progenitores, particularmente las madres, refirieron el importante papel de la experiencia en la crianza de hijos, tanto de sus hijos mayores, como la experiencia de sus madres, de sus hermanas o de otras mujeres, así como su propia intuición:

**Madre, 58 años:** *como a los seis meses que es cuando ya tienen que levantar la cabeza, no la levantaba, mi hermana me dijo “no veo bien a esta niña, te voy a hacer una cita en el centro de rehabilitación”, [...] y ahí me dijeron “tiene un pequeño retraso, pero va a estar bien”, dije “okey”* (E 09- 10-19)

**Madre, 47 años:** *me daba cuenta de que no se sentaba, lo sentaba y se me iba de lado [...] yo estaba sola y alguien me dijo “deberías hacerle unos estudios a tu hijo porque no es normal su comportamiento”* (E 11-01-20)

**Padre, 69 años:** *una señora ya mayor nos dijo que ella oía que lloraba muy feo, con dolor, que alo mejor tenía algo y nosotros lo veíamos como normal porque siempre lo hacía, “para mí que tiene algo, habían de buscar”, y fue como empezamos a buscar* (E 05-09-19)

Sin embargo, hubo relatos sobre médicos que hicieron caso omiso o incluso descalificaron lo que las madres expresaban respecto al desarrollo anormal de los infantes, retrasando el diagnóstico de PC. También refirieron negación por parte de

algunos médicos sobre las posibilidades de desarrollo que las madres percibían en sus hijos. Dos informantes señalaron al respecto:

**Mujer de 57 años, con hermana con PC, 52 años:** *mi mamá detectó que [la hija] tenía parálisis, aunque los médicos de Tampico le decían que no, que le diera tiempo que madurara, pero mi mamá como era la tercera hija ya veía algo raro con ella, entonces la trajo a un doctor a la Ciudad de México y el doctor le dijo que necesitaba tratamiento, ejercicios, todo esto (E 30-10-19)*

**Mujer de 65 años, con hermano con PC, 56 años:** *“su hijo [menos de seis años] no entiende, no habla, no nada, no hay caso con él, déjelo como plantita”, “pero mi hijo entiende doctor, yo lo veo en sus ojos, le hablo y veo en sus ojos que me responde”, “no señora, lo que pasa es que es amor de madre”, ¡ay, mi mamá salió furiosa!, fue a ver otro neurólogo y este sí de plano le dijo “este tipo de niños hay que dejarlos en la basura”, así muy lindo (E 15-10-19)*

Los retrasos en el diagnóstico y la falta de claridad denotan que se percibe a la madre como incapaz de comprender y al hijo(a) como alguien que, por su condición de PC, no merece que se le brinde atención ya que, desde una mirada capacitista, por mucho que se haga “no será capaz” como los demás.

En cuanto a las personas con PC

entrevistadas que refirieron conocer las condiciones de su nacimiento, asumen con diferente actitud las probables negligencias que provocaron su condición de discapacidad. Una de ellas manifestó sentimientos de enojo, indignación y tristeza por la falta de respeto del personal de salud hacia sus padres al no comunicarles y darles información sobre las posibles consecuencias de la hipoxia que sufrió durante su nacimiento:

**Mujer con PC, 52 años:** *tenía el cordón umbilical en el cuello enredado, mi mamá fue a un hospital de monjas [...] le decían las monjas “todavía le falta mucho” [...] no le quisieron hablar [al médico] [...] al doctor siento que le faltó explicarle a mis padres que yo podía tener parálisis, no les dijo nada, ¡nada!, les dijo “su hija ya está bien, ya llévensela”, y me llevaron [se nota muy triste] [...] me da coraje [llora], que por una negligencia médica (ininteligible) una vida [...] Dios me ayuda a perdonar a esa gente, no me supieron atender a tiempo [sigue llorando], pero sí da mucho coraje, bueno a mí me da coraje (E 01-10-19)*

En los dos relatos siguientes las personas con PC narran su nacimiento de forma más contenida, aunque la primera señala que hubo negligencia médica en la atención a su madre, en tanto que la segunda hace referencia al pronóstico médico desalentador:

**Varón con PC, 28 años:** *mi mamá ya*

*había tenido tres amenazas de aborto en su embarazo, le habían sugerido que se hiciera un legrado, ella no quiso hacerlo, decidió tenerme; sin embargo, el día que yo ya quise venir a este mundo se complicó porque no le hicieron un ultrasonido previo para ver que yo venía en la posición incorrecta (E 11-01-20)*

**Mujer con PC, 28 años:** *mi mamá [de profesión médica] notó que yo no actuaba como un bebé normal, entonces me llevó al neurólogo y él dijo que me iba a morir a los tres días, que sólo me diera de comer y que cuidara mi muerte [...] tuvo varias amenazas de aborto, pero salí a término (E 05-12-19)*

La VO se extiende más allá del momento del parto, tejiendo puentes con otras formas de violencia como la restricción de oportunidades que tienen las mujeres a las que se asigna el rol protagónico de cuidadoras y en el desconocimiento de la capacidad de agencia de la persona con PC al considerársela dependiente e incapacitada.

## **2) El trabajo de cuidados: la producción de la cuidadora, la persona vulnerable y la dependencia**

Madres y hermanas cuidadoras de las personas con PC refirieron trayectorias de diagnóstico muy amplias y diversas, entre las que se cuentan consultas a médicos generales, pediatras, neurólogos y rehabilitadores. Contra los pronósticos

médicos desalentadores, los progenitores, especialmente las madres, se avocaron a buscar diagnósticos alternativos, y cuando el diagnóstico de PC fue corroborado por diversos médicos y aceptado por las madres, éstas buscaron la rehabilitación de sus hijos:

**Madre, 57 años:** *me dio por investigar y saber dónde estaba su lesión y conocer todo el cerebro, por qué estaba así, empecé a ir a otros [médicos] porque [la terapeuta] me decía “hay otro método” y entonces iba a probarlo, la gente [le decía]: que los baños de lodo y yo se los hacía, [...] todo lo que me decían que hiciera yo hacía (E 16-11-18)*

**Madre, 47 años:** *[en el centro de rehabilitación] me dijeron que no iba a ir a la escuela y no iba a aprender [...] nunca me quedé con lo que dijeron los médicos, si hubiera sido así yo creo que mi hijo estuviera en una silla de ruedas, quizá dependiendo al cien por ciento de mí [...] yo creo que si viera a esa neuróloga le dijera “¿sabe qué? mi hijo es licenciado en idiomas” (E 11-01-20)*

Como se adelantó previamente, el mandato de feminidad transita a la par con la capacidad de agencia de las mujeres que no permanecen pasivas frente a los silencios y omisiones del personal de salud, no obstante, se enfrentan constantemente a que no se les reconozca como sujetos capaces de adquirir y producir

conocimiento útil para afrontar la condición de PC desus hijos(as). En algunos casos las cirugías correctivas junto con un intenso trabajo de terapia física refutaron los primeros pronósticos médicos de dependencia absoluta como muestra el siguiente testimonio:

**Madre, 47 años:** *tiene cinco cirugías y con las cirugías y la terapia, y obviamente que Dios ha sido bueno en nuestras vidas, ya pudo caminar con sus muletas canadienses (E 11-01-20)*

Sin embargo, las cirugías y terapias de rehabilitación son complejas, dolorosas, y físicamente muy exigentes, tanto para los pacientes como para sus madres, quienes generalmente suman las terapias de rehabilitación a sus tareas de cuidado. Es frecuente que médicos y proveedores de servicios sociales empujen a las personas con discapacidad a soportar mucho dolor en la terapia de rehabilitación, lo que llega a provocarles ira y desesperación (Cahill y Eggleston, 1994). Ratificando esta apreciación, algunos de los participantes del presente estudio refirieron que el dolor físico generado por la terapia llegó a ser extremo, provocándoles sentimientos de rencor hacia sus madres por la exigencia en la rehabilitación, como muestra el primero de los siguientes testimonios, mientras que el segundo refiere al desgaste físico, económico y emocional de las madres:

**Varón con PC, 29 años:** *cuando era niño no podía jugar, siempre era*

*terapias, terapias [...] era muy infeliz, no me gustaba ir, me acuerdo que hubo un tiempo que [él y su madre] peleábamos mucho, a cada rato, yo me quise ir a vivir con mi papá (E 20-08-19)*

**Madre, 58 años:** *[cirugías ortopédicas], aparte de que necesitan más terapia y son muy costosas, por mucho que te den becas son costosas en tiempo, en dolor para ellos, si te salen baratas o gratis de todas maneras tienes que trasladarte y llevarla, traerla, cargarla, todo eso te desgasta a ti, te desgasta como madre (E 09-10-19)*

La insensibilidad del personal de salud sobre el trabajo de cuidados refuerza el “modelo familiarista del cuidado” (Batthyány, Genta y Perrota, 2013; Martín, 2010) que representa al cuidado como una cualidad natural de las mujeres, particularmente de las madres, que por lo tanto deben saber hacer y deben realizarlo desinteresada y amorosamente. Esta concepción se exagera cuando los infantes presentan alguna discapacidad:

**Madre, 54 años:** *todo transcurre normal porque era un bebé y cuando cumplió un año y medio más o menos, en la guardería del Seguro Social de la Universidad, me lo dan de baja y me dicen que en las guarderías del Seguro sólo atienden a niños sanos, entonces yo le dije “bueno ¿y qué es lo que tiene mi hijo? ¿por qué dice que no es un niño sano?”, “pues*

*es que necesita un cuidado especial y nosotros no se lo podemos dar” (E 05-08-19)*

Una mamá integrante del comité de una asociación civil (AC) que se reunió con las autoridades del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia –DIF-Morelos– para buscar se restableciera el convenio de colaboración entre esta AC y el *Centro de Educación y Rehabilitación Integral del Estado de Morelos*, comentó el desconocimiento y la insensibilidad de las autoridades del DIF hacia los requerimientos de atención a la discapacidad múltiple como la que genera la PC. Cuando el comité explicó a las autoridades que dejar de brindar atención integral a los infantes y jóvenes con PC en dicho Centro implicaría un retraso significativo en su desarrollo biopsicosocial y un desgaste físico y económico adicional para sus cuidadoras/es, las autoridades argumentaron que les parecía que estas

familias no estaban buscando la rehabilitación de sus hijos sino una guardería que se hiciera cargo de ellos todos los días (Diario de campo: 12-09-19).

En todos los casos de este estudio los cuidados directos a las personas con PC han sido otorgados por sus madres, en algunos casos por las hermanas y una sobrina que sustituyeron a las madres fallecidas o que por edad avanzada y enfermedades ya no pueden seguir otorgando cuidados; en pocos casos los padres o algún otro varón realizan dicha actividad. En cuanto a los cuidados indirectos (gestión y pago de servicios) en muchos casos también han sido asumidos por las madres o hermanas de las personas adultas con PC.

## DISCUSIÓN

Las experiencias relatadas sobre VO referidas en las entrevistas se habrían dado hace 56 años la más lejana y 24 años la más reciente. A pesar de los programas gubernamentales de capacitación y sensibilización al personal médico para otorgar trato digno a las usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, las denuncias por VO en México han venido incrementando (Sosa, 2018; Castro y Erviti, 2014). El fracaso de dichos programas radica en que la VO se ha abordado como

un problema de calidad de la atención, sin considerar su origen más profundo (Castro y Erviti, 2014). La VO es facilitada por un sistema de salud androcentrista (Bellón, 2015; Diaz y Loiacono, 2020) y jerárquico tanto en sus conocimientos como en sus prácticas (Bellón, 2015; Sosa, 2018), administrado bajo una lógica altamente racionalizante y deshumanizada, con altos niveles de exigencia al personal de salud, creando un ambiente propicio para reproducir cotidianamente estructuras de

poder del campo médico hegemónico que han sido interiorizadas (Castro y Erviti, 2014). Si bien se ha detectado que la VO es más frecuente en las instituciones públicas (INEGI, 2017), en el sistema de salud en general *“funciona una estructura disciplinaria diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la obediencia y la conformidad de las usuarias con los dictados del poder médico”* (Castro y Erviti, 2015: p.45). Con base en roles y estereotipos de género se exige a las mujeres que obedezcan, toleren los abusos y se “comporten” según lo esperado en función de su género (Díaz y Loiacono, 2020). Tanto la jerarquización como el maltrato médico dificultan el ejercicio de los derechos ciudadanos de las usuarias deservicios de salud reproductiva, colocándolas en el nivel más bajo del sistema (Castro y Erviti, 2014) y afectando a las mujeres más desfavorecidas socialmente: pobres, sin escolaridad, residencia rural, indígenas, muy jóvenes o mayores, solteras, de alta paridad, principalmente (Sosa, 2018).

En cuanto a la PC, si bien el sufrimiento fetal no es causa determinante de ésta (Robaina, 2010), el retraso en la atención del parto y un ambiente hostil que incrementa innecesariamente el estrés físico y psicológico de las mujeres podría abonar a los factores de riesgo biológicos y no biológicos que desencadenan lesiones cerebrales en los neonatos. Los relatos recabados reflejan una gran incertidumbre por la vida del recién nacido, por la falta de diagnóstico de las anomalías en su

desarrollo, por su rehabilitación y por su futuro. Esta incertidumbre en muchos casos inició o se vio agravada por la falta de claridad en la información médica y por pronósticos totalmente desalentadores. La falta de información por parte de los médicos, los diagnósticos dados sin empatía ni tacto por el estado físico y emocional de los progenitores y los pronósticos desalentadores sobre el desarrollo de infantes con problemas neuromotrices parecen no ser dirigidos exclusivamente a familias de recursos medios y bajos que recurren a los servicios públicos de salud, como pasa mayormente en los casos de VO en el estado de Morelos (Sosa, 2018). Por otra parte, la desestimación de pediatras y neurólogos sobre las posibilidades de neuroplasticidad no parece provenir de un desconocimiento del funcionamiento y desarrollo ontogenético humano, sino de ideas capacitistas. Esta ideología intenta prevenir el nacimiento de personas con deficiencias o, en su caso, la rehabilitación y eliminación (Toboso, 2017).

En cuanto al cuidado, con la división sexual del trabajo las mujeres incurren en costos de oportunidad al tener que dejar de estudiar, trabajar o cuidar su propia salud debido a la extensión de tareas que implica el cuidado de familiares dependientes (Martín, 2010; Zamarripa, Tamez y Ribeiro, 2017), realizando dobles y triples jornadas de trabajo (Martín, 2010; Zamarripa, Tamez y Ribeiro, 2017; Batthyány, Genta y Perrota, 2013). Un estudio realizado en México arrojó que, aunque las madres de

infantes con PC permanecen la mayor parte del día con sus hijos, su autopercepción de eficacia es baja, debido probablemente a las demandas del modelo interdisciplinario de tratamiento y a sus expectativas de rehabilitación, a veces incongruentes con el pronóstico (Martínez et al. 2008). Además, el capacitismo implícito en el modelo médico rehabilitador, al enfatizar la normalización de la persona con disfunciones, desconsidera necesidades no médicas o terapéuticas de las personas con discapacidad y de sus cuidadoras, como la educación formal, la integración social y laboral, entre otras (Millán, 2013).

La VO descansa en discursos capacitistas y heteronormativos; ambos son performativos en la medida que producen sujetos (Butler, 2010) y dinámicas de relación basados en la ficción de la perfección (Maldonado, 2018). El capacitismo y la heteronorma produce afectos específicos como dependencia,

abnegación y, sobre todo, asumir el cuidado con “amor” y sentir culpa si no se desea llevarlo a cabo. Que las mujeres funjan como las principales cuidadoras de personas con discapacidad forma parte de una convención heteronormativa (Maldonado, 2018) donde el trabajo de cuidados supone al otro particularmente dependiente de por vida. Desde esta perspectiva, llevar a cabo las labores de cuidadora es hacer género, pues cada vez que una mujer cuida de otros, incluso a costa de su autocuidado, crea la (supuesta) naturalidad del cuidado como algo propio de las mujeres y, en particular, de las madres. Cuando las mujeres no logran cumplir las expectativas demandadas por el capacitismo y la heteronorma surgen sentimientos de culpa (Peláez, 2016), en el caso de personas con PC consideramos que se relaciona con no poder evitar que el hijo adquiriera esta condición y/o por no lograr la rehabilitación deseada.

## CONCLUSIÓN

La violencia obstétrica es una expresión de violencia de género que opera sobre los cuerpos de las mujeres y su vida reproductiva mediante un trato deshumanizado, un abuso en la medicalización y una patologización de los procesos fisiológicos. La VO puede ser física (prácticas invasivas y medicalización injustificadas) y/o psicológica (humillaciones, omisión de información, infantilización). La medicina como disciplina androcéntrica y masculinizada funge como

la norma que evalúa a las mujeres y les dicta cómo vivir su parto. Los profesionales de la salud no ejercen la VO de forma intencional en todos los casos, muchas veces lo hacen debido al androcentrismo interiorizado que a nivel estructural se ha encargado de perpetuar estos estereotipos y desigualdades. Por lo anterior, asociamos el trato violento durante el parto, tanto a las madres como a sus hijos, así como el diagnóstico de PC a la construcción de su indefensión, que por su condición de

mujeres y de personas con discapacidad se las concibe como que no saben, no entienden y no importan.

Las miradas capacitista y heteronormativa se conjugan en el discurso médico y producen cuerpos normativos, tanto para las personas con PC, como para las personas que fungen como sus cuidadoras. Cuando es la madre, desde el parto y sólo por ser mujer (independientemente de un diagnóstico de PC) el discurso médico asume que por abnegación debe soportar el dolor en el parto (el “trabajo” de parto implica “parir con dolor”). Los cuerpos de las mujeres no importan, así que si se someten a dolor tampoco es relevante. Las complicaciones del parto son sólo el inicio de una vida de sufrimiento intercalado con el discurso capacitista que sostiene esperanza y al mismo tiempo la frustra. Se produce un cuerpo y una subjetividad entrenada para el cuidado de por vida de ese otro. Puede ser que en los hechos no ocurra “de por vida”, pero como es la expectativa, si no ocurre así la mujer será sancionada socialmente a través del señalamiento y la producción de culpa. En las personas con PC el capacitismo asocia el diagnóstico a discapacidad pero sobre todo a incapacidad, invalidez, dependencia y vulnerabilidad. A partir de este cuerpo se producirá una subjetividad de sumisión y una dinámica relacional en la que siempre necesitará de una otra que

requerirá de mucho amor para poder cuidarle. La producción de la dependencia desconoce y limita la capacidad de agencia de la persona con PC, además de producir formas de cuidado inteligibles para las madres, mismas que configuran su cuerpo, subjetividad y prácticas de cuidado: si no se cuida de cierta forma, con cierto amor, etcétera, entonces no es cuidado y no es útil, ni ellas habrán sido buenas madres/mujeres. El capacitismo y la heteronorma parten de estereotipos sobre lo femenino –paciencia, abnegación, amor y entrega incondicionales– y no realizar un cuidado inteligible es salirse de la heteronorma, que legitima el parentesco como vía de cuidado (madres, hermanas, nietas, nueras, etcétera).

La organización social del cuidado basada en la división sexual del trabajo descansa en la matriz heterosexual y se expresa en la ritualización y repetitividad de las labores de cuidado, con lo que se consolida la ficción de la naturalidad del cuidado femenino. Esta circunstancia perpetúa la precaria situación económica de las mujeres cuidadoras pues contribuye a su dependencia económica y patrimonial para con otros (casi siempre hombres), de modo que, por ejemplo, se vuelven dependientes de sus parejas para contar con seguridad social (Coneval, s/f) y ven limitados sus recursos para proveerse de prácticas de autocuidado.

## REFERENCIAS

- Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrota, Valentina. (2013). La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuesta para un sistema de cuidados en Uruguay. Universidad de la República, Presidencia República Oriental del Uruguay, Facultad de Ciencias Sociales; ANII; UNFPA; CEPAL; MIDES; Asesoría Macro en Políticas Sociales; INMUJERES; ONU Mujeres. [consulta: noviembre 2021] ISBN 978-9974-8416-0-4. Disponible en: <http://www.redprocuidados.org.uy/wp-content/uploads/2021/03/13.05-SNC-La-poblaci%C3%B3n-uruguaya-y-el-cuidado-K.Batthyany-coord..pdf>
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Ilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas [en línea]*, 7(18), 93-111. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- Blaxter, Loraine; Hughes, Christina y Tigh, Malcom. (2008). *¿Cómo se investiga?* Barcelona, Graó
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Ilemata*, 7(18), 93-111. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- Butler, Judith. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas.* Buenos Aires, Paidós. ISBN 978-84-493-2333-1.
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona, Paidós. ISBN 978-84-493-2030-9.
- CADH. (2018). *Violencia obstétrica: violación a los derechos de las mujeres.* Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca. [consulta: noviembre 2021] Disponible en: <https://www.oaxaca.gob.mx/sinfra/wp-content/uploads/sites/14/2019/02/Violencia-obstetrica.pdf>
- Cahill, Spencer E; y Eggleston, Robin. (1994). Managing Emotions in Public: The Case of Wheelchair Users. *Social Psychology Quarterly*, 57(4), 300-312. DOI: <https://doi.org/10.2307/2787157>
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos.* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, 320 pp. ISBN 978-607-02-7098-7 [consulta: noviembre 2021] Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf\\_1464.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf)
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*, 19(1): 37-42. ISSN 1405-6704. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2014/con141g.pdf>
- Castro, Roberto y Frías, Sonia M. (2019). Maltrato durante la atención obstétrica. En: Castro, R. (Coord.). *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios: violencias contra las mujeres en México (Endireh 2016).* Instituto Nacional de las Mujeres, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 355-384, ISBN 978-607-7825-63-0 (Inmujeres), ISBN 978-607-30-2337-5 (unam). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/337915843\\_Maltrato\\_durante\\_la\\_atencion\\_obstetrica](https://www.researchgate.net/publication/337915843_Maltrato_durante_la_atencion_obstetrica)
- Colver, Allan; Fairhurst, Charles y Pharoah, Peter OD. (2014). Cerebral Palsy. *Lancet*, 383: 1240-1249 DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61835-8.
- Coneval. (S/f). Pobreza y género en México: hacia un sistema de indicadores. Información 2010-2016. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. [en línea] [consulta: noviembre 2021] Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-y-genero-en-Mexico-2010-2016.aspx>
- Diaz Juszkiewicz, NS y Loiacono, RS. (2020). Parir en el Patriarcado. *Revista Límbica*, 1(1) [en línea] [consulta: noviembre 2021] Disponible en: <https://revistalimbica.com/wp-content/uploads/2020/11/Parir-en-el-Patriarcado.-Diaz-Juszkiewicz-N.-y-Loiacono->

[R.pdf](#)

- Flores-Compadre, José Luis; Cruz, Felipe; Orozco, Gabriela y Vélez, Alicia. (2013). Hipoxia perinatal y su impacto en el neurodesarrollo. *Rev. Chil. Neuropsicol.*, 8(1), 26-31. DOI: 10.5839/rcnp.2013.0801.05
- Gherardhi, Natalia. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Naciones Unidas, CEPAL, Cooperación Española, Serie Asuntos de Género 141. ISSN 1564-4170 [consulta: noviembre 2021] Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)
- Guest, Greg; Bunce, Arwen y Johnson, Laura. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82. DOI: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guevara, Elsa S. (2008). La masculinidad desde una perspectiva sociológica: Una dimensión del orden de género. *Sociológica* [en línea], 23(66), 71-92. ISSN 2007-8358. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v23n66/v23n66a4.pdf>
- Hara, Yukihiro. (2015). Brain plasticity and rehabilitation in stroke patients. *J Nippon Med Sch*, 82(1), 4-13. DOI: 10.1272/jnms.82.4.
- INEGI. (2017). Encuesta Nacional sobre las Dinámicas en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [en línea] Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)
- Kakooza-Mwesige, Angelina M; Andrews, Carin; Peterson, Stefan; Wabwire Mangen, Fred; Eliasson Ann-Christin y Forssberg, Hans. (2017). Prevalence of Cerebral Palsy in Uganda: A Population- Based Study. *Lancet Glob Health*, 5(12), e1275-e1282. DOI: [10.1016/S2214-109X\(17\)30374-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30374-1)
- Maldonado Ramírez, Jhonattan. (2018). El Síndrome de Down a través del Cuidado Interdicto. Un estudio antropológico entre la interface del capacitismo y la heteronormatividad. *Revista Antropológicas*, 29(2), 83-113. ISSN 2525 – 5223. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaantropologicas/article/view/238607>
- Martín Palomo, María Teresa. (2010). *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*. Instituto de Estadística de Andalucía, Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. ISBN 978-84-96659-86-5 [consulta noviembre 2021] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/310695995\\_Los\\_cuidados\\_en\\_las\\_familias\\_Estudio\\_a\\_partir\\_de\\_tres\\_generaciones\\_de\\_mujeres\\_en\\_Andalucia/link/583564f408ae004f74cb3b04/download](https://www.researchgate.net/publication/310695995_Los_cuidados_en_las_familias_Estudio_a_partir_de_tres_generaciones_de_mujeres_en_Andalucia/link/583564f408ae004f74cb3b04/download)
- Martínez-González, Lucía D; Robles Rendón, María Teresa; Ramos del Río, Bertha; Santiesteban Macario, Fredy; García Valdés, María Elena; Morales Enríquez, Martha G y García Leaños, Laura. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20(1), 23-29. ISSN 1405-8790. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf>
- Mateo del Pino, Ángeles. (2019). Queer/Cuir-Crip. *Anclajes*, 23(3), 1-19. DOI: 10.19137/anclajes-2019-2331
- Millán, Mágina. (2013). *La discapacidad neuromotriz. De su invisibilidad, incidencia y exclusión. Diagnóstico y alternativas*. México, Con Nosotros, AC y Secretaría de Desarrollo Social. ISBN 978-607-96082-1-7
- Moscoso Pérez, Melania. y Arnau Ripollés, Soledad. (2016). Lo Queer y lo Crip, como formas de re-apropiación de la dignidad disidente. Una conversación con Robert McRuer. *Dilemata* [en línea], (20), 137-144. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/430/421>
- OMS. (S/f). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud. [en línea] [consultado: noviembre 2021] Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=C5781AF59896DB6E6B146CBE321BE109?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=C5781AF59896DB6E6B146CBE321BE109?sequence=1)
- ONU. (1989). Convención Sobre los Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas. [en línea] [consultado: noviembre 2021] Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>

- Palisano, Robert J, Rosenbaum, Peter, Bartlett, Doreen y Livingston, Michael H. (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol.*, 50(10):744-50 DOI: [10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x)
- Peláez González, Carolina. (2016). *Un mar de vergüenza y asco. Experiencias laborales de limpiadoras de pescado*. En Ariza, M. (comp.). (2016). *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México. SBN: 978-607-02-8175-4. Pp. 149-192. [consultado: noviembre 2021] Disponible en: [http://ru.iis.sociales.unam.mx/bitstream/IIS/5233/4/emociones\\_afectosc.pdf](http://ru.iis.sociales.unam.mx/bitstream/IIS/5233/4/emociones_afectosc.pdf)
- Poblano, Adrián; Arteaga, Carmina y García-Sánchez, Guillermina. (2009). Prevalence of early neurodevelopmental disabilities in Mexico. A systematic review. *Arq Neuropsiquiatr*, 67(3-A):736-740. DOI: [10.1590/s0004-282x2009000400038](https://doi.org/10.1590/s0004-282x2009000400038)
- Quesada Hernández, Lourdes y Fonseca Ponce, Idolkis. (2015). La parálisis cerebral como un problema de salud. *Correo Científico Médico*, 19(4): 757-760. ISSN 1560-4381. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v19n4/ccm15415.pdf>
- Robaina Castellanos, Gerardo Rogelio. (2010). Asociación entre factores perinatales y neonatales de riesgo y parálisis cerebral. *Rev Cubana Pediatr* [en línea], 82(2), ISSN 1561-3119. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0034-75312010000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-75312010000200008)
- Rosenbaum, Peter; Paneth, Nigel; Leviton, Alan; Goldstein, Murray; Bax, Martin; Damiano, Diane; Dan, Bernard y Jacobsson, Bo. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.*, 109, 8-14. DOI: [10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x)
- Scheff, Thomas J. (1988). Shame and conformity: the deference emotion system. *American sociological review*, 53(3): 395-406. DOI: <https://doi.org/10.2307/2095647>
- Serdaroglu, Ayse; Cansu, Ali; Özkan Secil y Tezcan, Sabahat. (2016). Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 413-416. DOI: [10.1017/S0012162206000910](https://doi.org/10.1017/S0012162206000910)
- Sosa Sánchez, Itzel Adriana. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades* [en línea], 28(55), 87-98. ISSN 2448-850X. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v28n55/2448-850X-alte-28-55-87.pdf>
- Soto Toussaint, Luis Héctor. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología* [en línea], 39(1), S55-S60. [consultado: noviembre 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
- Tamayo, Gonzalo. (2001). Diseños muestrales en investigación. *Semestre Económico*, 4(7), 1-14. [consultado: noviembre 2021] Disponible en: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1542>
- Toboso Martín, Mario. (2017). Capacitismo (Ableism). En: Lucas Platero, R., Rosón, M. y Ortega, E. (Eds.). *Barbarismos queer y otras esdrújulas* (pp. 73-81), Barcelona, Bellaterra. ISBN: 978-84-7290-829-1. [consultado: noviembre 2021] Disponible en: [https://digital.csic.es/bitstream/10261/153307/1/2017\\_Capacitismo\\_Cap\\_Barbarismos%20queer.pdf](https://digital.csic.es/bitstream/10261/153307/1/2017_Capacitismo_Cap_Barbarismos%20queer.pdf)
- Villanueva Egan, Luis Alberto; Ahuja Gutiérrez, María; Valdez Santiago, Rosario y Lezana Fernández, Miguel Ángel. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21(1), 7-25. ISSN 1405-6704. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161b.pdf>
- Zamarripa Esparza, Emma Alexandra; Tamez Valdez Blanca Mirthala y Ribeiro Ferreira, Manuel. (2017). Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. Azarbe, *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 6, 47-56. ISSN electrónico: 2254-9641. Disponible en: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/273401/222581>

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Uso de sustancias psicoactivas asociada a personalidad en médicos de pregrado de Tabasco, México

### Use of psychoactive substances associated with personality in medical undergraduates from Tabasco, México.

Federico Calcáneo Hernández<sup>1</sup>, José Emmanuel Osorio Rosales<sup>1</sup>, Antonio Becerra Hernández<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo.** Determinar los rasgos de personalidad individuales, ordenarlos y agruparlos en dimensiones, a través del cuestionario de 16 factores de personalidad de Cattell, así como identificar asociaciones entre rasgos de personalidad y uso de sustancias psicoactivas en médicos internos de pregrado. **Material y Métodos.** Descriptivo y transversal. 58 médicos en formación en Hospitales de Alta Especialidad del Estado de Tabasco, México; Se utilizó el Cuestionario 16 FP de Cattell; e Indicadores de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) para uso de sustancias. Se realizó análisis de datos mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25, se ejecutó determinación de distribuciones de frecuencia, tendencia central y medidas de variabilidad, así como niveles de significancia con el programa mencionado. **Resultados.** Los valores más altos fueron: F+Impulsividad, Q4+Estado de ansiedad, E+Dominancia y H+ Aptitud situacional, los valores menores: Q3-Autoestima, O-Conciencia, I-Emotividad y G-Lealtad grupal. Se relaciona la variable Uso de Sustancias con los factores F+ (p-value .010) y N+Sutileza (p-value 0.039). Entre Factores y sustancias específicas se encuentra correlación en F+/cannabis (p-value .002) y F+/cocaína (p-value 0.007); G-/tabaco (p-value 0.036) y Q3-/metanfetaminas (p-value 0.018). **Conclusiones.** El perfil encontrado en los médicos en formación es impulsivo, tenso, dominante y audaz en toma de decisiones; mientras que son desapegados, con pobre tendencia a la culpabilidad, y con falta de aceptación a las normas; rasgos reportados con asociación con conductas autodestructivas. Se puntualiza la constante de impulsividad como rasgo de asociación principal de uso de sustancias psicoactivas en la población estudiada, así como con la pobre tendencia a la culpabilidad con el consumo de cannabis.

**Palabras clave:** Personalidad, Cuestionario de Factores de Personalidad de Cattell, Trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

#### ABSTRACT

**Objective.** To determine individual personality traits, order and group them in dimensions, through the questionnaire of 16 Cattell personality factors, as well as to identify associations between personality traits and use of psychoactive substances in undergraduate internal physicians. **Material and Methods.** Descriptive and transversal. 58 doctors in training in High Specialty Hospitals of the State of Tabasco, Mexico; The Cattell 16 FP Questionnaire was used; and Indicators from the National Survey on Drug, Alcohol and Tobacco Consumption (ENCODAT) for substance use. Data analysis was performed using the statistical program IBM SPSS Statistics version 25, determination of frequency distributions, central tendency and measures of variability, as well as levels of significance with the aforementioned program. **Results.** The highest values were: F + Impulsivity, Q4 + Anxiety state, E + Dominance and H + Situational Aptitude, the lowest values: Q3-Self-esteem, O-Consciousness, I-Emotivity and G-Group loyalty. The variable Substance Use is related to the factors F + (p-value .010) and N + Subtlety (p-value 0.039). Between factors and specific substances, correlation is found in F + / cannabis (p-value .002) and F + / cocaine (p-value 0.007); G- / tobacco (p-value 0.036) and Q3- / methamphetamine (p-value 0.018). **Conclusions.** The profile found in physicians in training is impulsive, tense, dominant and audacious in decision-making; while they are detached, with a poor tendency to guilt, and with a lack of acceptance of the norms; traits reported with association with self-destructive behaviors. The impulsivity constant is pointed out as the main association feature of the use of psychoactive substances in the study population, as well as with the poor tendency to guilt with cannabis use.

**Keywords:** Personality, Cattell Personality Factors questionnaire, Substance use disorder.

<sup>1</sup>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica de Ciencias de la Salud. Yucatán, México.

Recibido: 03 de agosto de 2021.

Aceptado: 30 de octubre de 2021.

Correspondencia para el autor: Federico Calcáneo Hernández. Av. Ramón Mendoza #242, José María Pino Suarez. C.P. 86029. Villahermosa, Tabasco, México. [fd\\_calcano@hotmail.com](mailto:fd_calcano@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito mundial y nacional existe la preocupación por el incremento constante en el consumo de drogas ilegales y legales entre jóvenes. Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC) 2020, se estima que aproximadamente 269 millones de personas consumieron alguna sustancia psicoactiva (droga) en los últimos 12 meses(1). En México, al igual que en muchos otros países, el consumo de sustancias psicoactivas adictivas tanto legales: alcohol y tabaco, como ilegales: marihuana, cocaína, entre otras, constituyen un grave problema de salud pública y es considerado uno de los problemas emergentes que debe ser atendido de manera integral por todos los niveles, en especial por el sector salud y el sector educativo(2). La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), reporta que el consumo de drogas en la población de 18 a 34 años presentó un incremento significativo del 2.8 al 5% durante los últimos 5 años(3).

Por lo anterior, uno de los colectivos más vulnerables es el de los jóvenes-adultos que son especialmente sensibles al mantenimiento e incremento de dichos consumos. Y dentro del grupo de jóvenes, los estudiantes universitarios representan una población especialmente activa en este ámbito, presentan un consumo especialmente abundante de tabaco, alcohol y cannabis(4). Se ha intentado determinar factores predictores de uso de sustancias

psicoactivas en este grupo etario, entre ellos estímulos sociales, laborales, culturales, etc. Uno de los factores menos estudiados a profundidad, pero comúnmente asociado con el consumo de sustancias es la personalidad(5).

La personalidad es un constructo teórico psicológico que se refiere a las características dinámicas de la persona que son un conjunto estable de sentimientos, emociones, pensamientos y acciones ligados a su comportamiento frente a situaciones diversas a lo largo del tiempo, dando independencia y diferencia al individuo, marcando una identidad y, por ende, distinguirlo de los demás(6). Si bien, existen múltiples enfoques teóricos acerca de la personalidad, la perspectiva propuesta por Raymond B. Cattell (tomando como base la factibilidad y las propiedades psicométricas de su instrumento, refiere que la personalidad es lo que determina la conducta en una situación y un estado de ánimo definido, y se encuentra desarrollada en torno a los "rasgos". Los rasgos son aquellas características que nos permiten describir a un individuo (impulsividad, retraimiento, afectividad, etc.)(7).

Se ha estudiado la probabilidad de consumo futuro en sujetos según sus rasgos de personalidad, mostrando que los indicadores de la personalidad influyen diferencialmente en diferentes sustancias y en el tipo de consumo. Los usuarios de sustancias psicoactivas presentan características de

personalidad específicas, con una tendencia a relacionarse agresivamente con los demás, a ser irresponsables e impulsivos, además de ser indiferentes a las necesidades de los demás, mostrando conductas rebeldes y de oposición en las relaciones familiares(8). La impulsividad, la dominancia y la posición social se encuentran entre los factores de riesgo para el uso de sustancias adictivas en los jóvenes(4). La impulsividad y la astucia son los factores más consistentemente relacionados con el comportamiento de consumo de alcohol, tabaco y cocaína(9). Además, la impulsividad también se ha encontrado relacionada con la cantidad de sustancias ingeridas(10).

Varios estudios han encontrado que ciertas conductas desadaptativas, como las conductas agresivas y disruptivas, son potentes predictores del uso de tabaco, alcohol y marihuana(2, 11, 12, 13). Por su parte, algunos estudios demuestran que los adultos jóvenes con puntajes adecuados en los rasgos: estabilidad emocional, lealtad grupal, actitud cognitiva y autoestima eran menos propensos a manifestar conductas de riesgo para la salud(14, 15, 16). Otros autores afirman que los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas se relacionan más con la personalidad antisocial, histriónica y dependiente(17,18). En un estudio realizado con estudiantes españoles, se llegó a la conclusión de que el consumo de alcohol está relacionado con las puntuaciones en audacia y ascendencia, y que sólo la audacia se identificó como un factor de riesgo(19). Asimismo, se han encontrado diferencias en los rasgos de personalidad entre los usuarios

de estimulantes (cocaína y éxtasis) y los que no los usan(20).

Algunos atributos de personalidad en médicos en formación son propicios para la construcción de relaciones (empatía, sociabilidad, actividad, autoestima), lo cual puede ser adecuado para la identificación de líderes en medicina(21), mientras que otros predisponen al desarrollo de conductas potencialmente destructivas(22). Considerando estos antecedentes, podemos deducir la importancia que tiene la personalidad en los estudiantes que ingresan a una carrera tan demandada, con alta exigencia académica y altamente competitiva. Aunado a estos factores, se han documentado condiciones generales adversas de los becarios, como son: alimentación deficiente, horarios excesivos de trabajo, hostigamiento, violencia, acoso sexual, maltrato y discriminación por parte del personal de salud de la institución<sup>23</sup>. Lo anterior, ejemplifica mecanismos estresores que influyen directamente en el desarrollo de psicopatología individual y condiciona el uso de sustancias(2,24).

Aunque existen estudios sobre la relación de los rasgos de personalidad, con el consumo de sustancias psicoactivas en población universitaria(2, 16, 25) y sobre los médicos en formación(26) no se han realizado estudios consistentes sobre esta asociación en los médicos internos de pregrado, quienes además, presentan características especiales como población objetivo. Además, algunos resultados, son un tanto contradictorios, por ejemplo, un estudio en

población mexicana reporta habilidades sociales, afectivas y funcionales óptimas en casi toda la población estudiada, en el mismo, el autor comenta la posibilidad de que ese perfil no sea el característico de la población estudiada(27). Otro estudio con respecto al consumo de sustancias en médicos internos de pregrado en Latinoamérica, se documenta prevalencia en consumo de sustancias psicoactivas ilegales en médicos internos de pregrado de 0.5%(26) muy por debajo de estudios similares donde se reporta entre 4-7%28,29. Este tema no ha sido abordado a suficiencia en la literatura científica, por lo que esta contribución busca aportar elementos para la discusión teórica y el estudio de los rasgos de personalidad en la toma de decisiones acerca de la formación del médico.

El objetivo del presente estudio es examinar el perfil de rasgos de personalidad y su relación con el uso/consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de médicos internos de pregrado. Un objetivo adicional es analizar la asociación entre los rasgos de personalidad y el uso de determinadas sustancias. Por lo que como interrogante de inicio se plantea: (a) ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de los médicos internos de pregrado que se encuentran en rotación activa en Hospitales de Tercer Nivel del estado de Tabasco, México en el periodo febrero a abril del 2021?; (b) ¿Existe relación entre los rasgos de personalidad con el uso de sustancias psicoactivas?

## MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología. Tipo de estudio: Descriptivo y correlacional, no experimental, de corte transversal. Límites: Médicos internos de pregrado cursando ciclo durante el espacio de aplicación del cuestionario Universo: muestra de 58 médicos internos de pregrado. Espacio: Hospitales de 3er nivel del Estado de Tabasco. Tiempo: Febrero-abril del 2021.

Instrumentos de medición: Se utilizó una cédula de datos personales para recoger datos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, universidad de origen; así como dos instrumentos de medición, 1. El Cuestionario 16 Factores de Personalidad de

Cattell (Cuestionario 16FP) es un instrumento de medida de espectro amplio de personalidad para adolescentes mayores y adultos; tiene como finalidad la apreciación de dieciséis rasgos de personalidad (*Expresividad emocional, Inteligencia, Estabilidad Emocional, Dominancia, Impulsividad, Lealtad grupal, Aptitud situacional, Emotividad, Credibilidad, Actitud Cognitiva, Sutileza, Conciencia, Posición social, Certeza individual, Autoestima, Estado de ansiedad*), está conformado de 187 ítems con tres respuestas posibles (si, no, intermedio) agrupadas en dieciséis factores (12 factores principales y 4 secundarios). Cada uno de los rasgos

presenta una escala del 1 al 10 (estenes), donde la media es 5.5 y las desviaciones de esta media representa la dirección hacia una de dos polaridades, así las puntuaciones promedio caen en los estenes. 5 y 6; los estenes 4 y 7 son desviaciones ligeras de la media, 8 y 9 desviaciones significativas y los extremos 1 y 10 son puntajes fuertemente desviados de la media. Las tendencias de un perfil son representadas con la letra mayúscula correspondiente que identifica a cada factor, y un signo (+) si la puntuación se encuentra arriba de la media (estenes 6 a 10) o de un signo (-) si la puntuación está abajo de la media (estenes 1 a 5) con dos polaridades, es decir las calificaciones superiores al segmento de “neutralidad” (calificaciones 5-6) se evalúan de manera positiva (+) y las superiores de manera negativa (-) (30). La confiabilidad test-retest durante intervalos de 2 a 7 días se encuentra entre 0.67 y 0.86, y en periodos de 2 a 48 meses es de 0.63 a 0.88. La validez de constructo está fundamentada en el propio proceso de análisis y selección de los reactivos (hipótesis léxica) (31). El alfa de Cronbach para los 16 factores es reportada de 0.74 a 0.80(32). Existe validación y utilización en el área educativa en población mexicana, aprobados en el idioma español<sup>33</sup>. 2. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco Encuesta Nacional de Adicciones (ENCODAT) es el nombre actual de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), es una herramienta probabilística con capacidad para generar estimaciones de las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas e

ilegales, en poblaciones de personas con edad entre 12 y 65 años, los autores del instrumento establecen un Intervalo de Confianza al 95%, ésta es una encuesta estandarizada auto-aplicada que contiene las secciones de tabaco, alcohol, drogas médicas (opiáceos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas) e ilegales (cannabis, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y metanfetaminas), incluyendo rubros de evaluación como exposición, tolerancia, dependencia y datos de riesgo. De este instrumento, se adaptan los indicadores correspondientes a “uso de sustancias”. Mediante estas preguntas es posible determinar la prevalencia global (uso alguna vez), la prevalencia lápsica (uso en los 12 meses previos a la encuesta) y la prevalencia actual (uso en los 90 días anteriores)<sup>3</sup>.

Para evaluación de la personalidad se utilizó el 16PF por la facilidad de aplicación, así como la posibilidad de aplicación grupal, además, el tiempo de aplicación es más reducido que en otros cuestionarios, lo que permitía la cumplimentación de todos los ítems por parte de todos los sujetos de la muestra.

Preparación: Debido a la situación de contingencia sanitaria no fue posible entrevistar directamente a la población estudiada. Previa autorización por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en colaboración con la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, se solicita a los Hospitales de Tercer Nivel del Estado de

Tabasco, la autorización para la aplicación de encuestas; posterior a su autorización y notificación interna a los médicos internos de pregrado sobre la realización de este estudio, se acude a las instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” y del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”;; se citan grupos de 5 médicos internos al “punto de reunión” de siniestros de cada unidad, lo anterior para cumplir medidas de ventilación, separación, toma de temperatura y desinfección (solución alcoholada); posterior a lo cual, se procede a la explicación del objetivo del estudio, los instrumentos y su evaluación; así como a la recolección de los correos electrónicos de los médicos internos de pregrado interesados en participar, a través del cual se realiza nuevamente la invitación anexando consentimiento informado, (con carta de revocación de consentimiento), Procedimiento: una vez recibido el consentimiento, se verifica la documentación y se procede a enviar “Instrucciones del Cuestionario.doc” que incluyen las pautas para responder los cuestionarios, así como el enlace de aplicación en la plataforma “Forms” (hoja de respuestas y link de acceso a cuadernillo de preguntas en formato .pdf), se anexa además información de contacto en caso de requerir asistencia en cualquier momento del estudio, se reciben encuestas en el periodo 18 febrero a 23 de abril del 2021. Se reciben resultados de los 58 participantes. Una vez

recopilada la información, se ingresa en la plantilla de evaluación de Excel (especifica) para el cuestionario 16FP y ENCODAT, se interpretan los resultados, cada uno de los cuales es enviado a su respectivo participante. Dada la naturaleza sensible de la información recolectada se mantiene estricta confidencialidad y protección de los derechos de los participantes; sin embargo, al no presentar intervención directa con ninguno de los participantes, se considera un estudio de bajo riesgo. Criterios de inclusión: Médicos internos de pregrado en rotación activa en Hospitales de Tercer Nivel del Estado de Tabasco que acepten por escrito, vía consentimiento informado, la participación en el estudio. Criterios de exclusión: 1. No aceptar por escrito la participación en el estudio 2. Imposibilidad de realizar la encuesta en línea (incapacidad médica, falta de acceso a internet, etc.) 3. Haber cursado y desertado previamente el internado rotatorio. 4. Haber presentado alguna intervención formal por abuso de sustancias (diagnóstico previo, deshabitación, desintoxicación). Análisis y estadística: Se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión 25 para el procesamiento y digitalización de las pruebas estadísticas, se ejecutaron los análisis frecuencia y tendencia central; así como tendencias y medidas de variabilidad y niveles de significancia correlaciones con el programa mencionado, aplicadas a la muestra estudiada.

## RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población.

La muestra está constituida por un total de 58 médicos internos de pregrado quienes se encuentran cursando en rotación actual dentro de las instalaciones de Hospitales de

Tercer Nivel del Estado de Tabasco, México. El 65.5% (38) reportó género masculino y 34.5% (20) fue femenino; con una media de  $24.36 \pm 0.097$  años. Con respecto al estado civil, 22.4% (13) tienen pareja Mientras que 77.6% (45) no tienen.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas

Variable	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>GENERO</b>		
Masculino	38	65.5
Femenino	20	34.5
<b>EDAD</b>		
23	5	8.6
24	31	53.4
25	18	31.0
26	4	6.9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Sin pareja	45	77.6
Con pareja	13	22.4

Fuente: elaboración propia

Características clínicas de la población. Comportamiento numérico de los 16 factores de personalidad.

Como se puede observar en la Tabla 2, las escalas/estenes en orden decreciente que obtuvieron valores más altos considerando la media más la desviación estándar.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de los 16 factores de personalidad

FACTOR	NOMBRE	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DE
F	IMPULSIVIDAD	58	4	9	6.88	1.201
Q4	ESTADO DE ANSIEDAD	58	4	9	6.40	1.521
E	DOMINANCIA	58	4	8	6.07	1.090
H	APTITUD SITUACIONAL	58	4	8	5.95	1.130
Q1	POSICIÓN SOCIAL	58	4	8	5.81	1.344
B	INTELIGENCIA	58	3	8	5.67	1.583
N	SUTILEZA	58	3	8	5.50	1.354
L	CREDIBILIDAD	58	3	7	5.31	1.465
Q2	CERTEZA INDIVIDUAL	58	3	7	5.24	1.443
C	ESTABILIDAD EMOCIONAL	58	2	8	5.16	1.663
M	ACTITUD COGNITIVA	28	3	7	4.98	1.291
A	EXPRESIVIDAD EMOCIONAL	58	2	7	4.95	1.648
G	LEALTAD GRUPAL	58	3	7	4.83	1.244
I	EMOTIVIDAD	58	2	7	4.59	1.027
O	CONCIENCIA	58	2	8	4.47	1.739
Q3	AUTOESTIMA	58	2	6	3.60	1.310

**Fuente:** Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell- Versión adaptada al español(29)

En la Tabla 3, se observan en orden decreciente las características más relevantes encontradas, éstas son en F (Impulsividad) en la modalidad de «Impetuosidad», ya que el 86.2%; El segundo factor más frecuente es en Q4 (estado de ansiedad), en donde la modalidad de «Tensión» se expresa en el 67.24% de los encuestados; el 62.06% de los encuestados se catalogó como «Audaz» (H, aptitud

situacional). Poco más de la mitad de los alumnos tienen dos características, la más alta de ellas (58.62%) es la de Ascendencia (E; dominancia) y el 55.17% Radicalismo (Q1; posición social). Dentro de las características que menos tienen los alumnos, está el que solo el 3.44% es «Sumiso» (E; dominancia); el 6.89% «Retraído» (F; impulsividad) y el 8.62% es «Tímido» (H; aptitud situacional).

**Tabla 3.** Frecuencias relativas de los 16 factores de personalidad en Médicos Internos de Pregrado en Hospitales de Tercer Nivel del Estado de Tabasco.

<b>Factores de Personalidad</b>	<b>Factor Negativo (-)</b>	<b>Frecuencia (f)/ Porcentaje (%)</b>	<b>Factor Positivo (+)</b>	<b>Frecuencia (f)/ Porcentaje (%)</b>
<b>Expresividad emocional</b>	Soliloquia	f=18/ 31.03%	Sociabilidad	f= 28/ 48.27%
	<b>Inteligencia</b>	Baja Inteligencia	f=18/ 31.03%	Alta Inteligencia
<b>Estabilidad Emocional</b>	Debilidad del Yo	f= 23/ 39.65%	Fuerza del Yo	f= 25/ 43.10%
<b>Dominancia</b>	Sumisión	f= 2/ 3.44%	Ascendencia	f= 34/ 58.62%
<b>Impulsividad</b>	Retraimiento	f= 4/ 6.89%	Impetuosidad	f= 50/ 86.20%
<b>Lealtad grupal</b>	Falta de aceptación de las normas de grupo	f= 26/ 44.82%	Responsabilidad	f= 19/ 32.58%
<b>Aptitud situacional</b>	Timidez	f= 5/ 8.62%	Audacia	f= 36/ 62.06%
<b>Emotividad</b>	Severidad	f= 27/ 46.55%	Sensibilidad emocional	f= 11/ 18.96%
<b>Credibilidad</b>	Confianza	f= 20/ 34.48%	Desconfianza	f= 27/ 46.55%
<b>Actitud cognitiva</b>	Objetividad	f= 27/ 46.55%	Subjetividad	f=23/ 39.65%
<b>Sutileza</b>	Ingenuidad	f= 16/ 27.58%	Astucia	f= 29/ 50%
<b>Conciencia</b>	Adecuación serena	f= 34/ 58.62%	Propensión a la culpabilidad	f=16/ 27.58%
<b>Posición social</b>	Conservadurismo	f=13/ 22.41%	Radicalismo	f=32/ 55.17%
<b>Certeza individual</b>	Dependencia grupal	f=26/ 44.82%	Autosuficiencia	f=28/ 48.27%
<b>Autoestima</b>	Indiferencia	f=35/ 60.34%	Control	f=4/ 6.89%
<b>Estado de ansiedad</b>	Tranquilidad	f=8/ 13.79%	Tensión	f=39/ 67.24%

Fuente: Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell- Versión adaptada al español<sup>29</sup>

Uso de sustancias

Con respecto al uso de sustancias se reportó que un 82.8% (n=48) consumo frecuente, 62.06% (n=36) alcohol y tabaco, 36.20% (n=21) cannabis, 20.68% (n=12) aceptaron consumo ocasional de cocaína y 5.17 % (n=3) haber consumido otras sustancias sintéticas

en el periodo de 3 meses previos a la aplicación de la encuesta. Se reporta una incidencia global de sustancias ilegales (cannabis, cocaína, metanfetaminas) de 51.72% (n=30) (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Descripción estadística de Uso de Sustancias en los últimos 3 meses

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Otras
<b>Media</b>	.62	.62	.38	.21	.05
<b>Error estándar de la media</b>	.064	.064	.038	.054	.029
<b>Desviación</b>	.489	.489	.489	.409	.223
<b>Varianza</b>	.240	.240	.240	.167	.050

**Fuente:** Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco Encuesta Nacional de Adicciones (ENCODAT)(3)

Correlación entre consumidores de sustancias

En resumen, en la Tabla 5, se muestra una correlación significativa entre los consumidores de cannabis y cocaína con aquellos que presentaron consumo de otras sustancias (incluidas drogas sintéticas), como variable condicionada, con una *p-value* .023 y .044 respectivamente para esta relación.

En cambio, para el resto de las variables de sustancias no hubo relaciones significativas

**Tabla 5.** Correlaciones parciales de Pearson entre consumidores de sustancias

			<b>Alcohol</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Otra</b>
<b>Alcohol</b>	Correlación de Pearson	de	1	.194	.025	-.039	.183
	Sig. (bilateral)			.144	.851	.769	.170
<b>Tabaco</b>	Correlación de Pearson	de	.194	1	.245	.224	.022
	Sig. (bilateral)		.144		.064	.091	.869
<b>Cannabis</b>	Correlación de Pearson	de	.025	.245	1	.039	.299*
	Sig. (bilateral)		.144		.064	.091	.869
<b>Cocaína</b>	Correlación de Pearson	de	-.039	.224	.039	1	.265*
	Sig. (bilateral)		.851	.064		.769	<b>.023</b>
<b>Otras</b>	Correlación de Pearson	de	.183	.022	.299*	.265*	1
	Sig. (bilateral)		.769	.091	.769		<b>.044</b>
	Sig. (bilateral)		.170	.869	<b>.023</b>	<b>.044</b>	

**Fuente:** Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco Encuesta Nacional de Adicciones (ENCODAT) (3)

Factores de Personalidad y Consumo de sustancias  
Después de llevar a cabo el ANOVA de factor (Tabla 6), tomando como independiente la variable “uso de sustancias” encontrado significancia en dos factores de polaridad positiva (+) con el consumo de alguna sustancia psicoactiva en los últimos 30 días,

los cuales son el factor Impulsividad F+ Impetuosidad (p-value .010), y Sutileza N+ Astucia (p-value .039). La transformación de las medias de estos factores en decatipos muestran resultados a tener en cuenta (puntuaciones altas: decatipos= 8-9, puntuaciones bajas: decatipos=1-3)(7).

**Tabla 6.** ANOVA de Factores de Personalidad y uso de sustancias psicoactivas

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
IMPULSIVIDAD (F+ Impetuosidad)	15.600	.000	2.681	56	.010	1.063	.396	.268	1.857
			1.790	10.048	.104	1.063	.594	-.259	2.384
SUTILEZA (N+ Astucia)	1.190	.280	2.116	56	.039	.967	.457	.051	1.882
			2.491	15.861	.024	.967	.388	.143	1.790

**Fuente:** Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell- Versión adaptada al español(29)

Se realizó análisis de varianza entre Factores de personalidad y sustancias específicas, en la Tabla 7 se reporta significancia en Credibilidad L- Confianza y Conciencia O+

Adecuación Serena con uso de tabaco (p value .007 y 0.047); Sutileza N- Ingenuidad con uso de cannabis (p value .002).

**Tabla 7.** ANOVA de Factores de Personalidad y uso de sustancias específicas.

RASGO	SUSTANCIA		SUMA DE CUADRADOS	gl	Media Cuadrática	F	Sig. (p-value)
<b>CREDIBILIDAD L- Confianza</b>	Tabaco	Entre grupos	3.115	4	.779	3.915	.007
		Dentro de grupos	10.541	53	.199		
		Total	13.655	57			
<b>SUTILEZA N- Ingenuidad</b>	Cannabis	Entre grupos	4.176	5	.835	4.582	.002
		Dentro de grupos	9.479	52	.182		
		Total	13.655	57			
<b>CONCIENCIAO+ Adecuación serena</b>	Tabaco	Entre grupos	2.922	6	.487	2.315	.047
		Dentro de grupos	10.733	51	.210		
		Total	13.655	57			

Fuente: Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell- Versión adaptada al español(29)

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue analizar la relación entre diversos rasgos de la personalidad y el consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de médicos internos de pregrado en Hospitales de Tercer Nivel del Estado de Tabasco. Los resultados revelan que algunas variables de personalidad como predisposición reaccionar de manera inesperada, rápida y desmedida (**F+ Impetuosidad**) o la pobre propensión a la culpabilidad (**O- Adecuación serena**) tienen influencia sobre el uso de sustancias psicoactivas; como se había propuesto. Si bien, algunos rasgos de la personalidad como lo son, la pobre capacidad de análisis exterior (**N-**

**Ingenuidad**) y el pobre sentido de alerta frente a las conductas de los demás (**L- Credibilidad**)<sup>7</sup> presentaron relación significativa con usuarios de sustancias específicas como el tabaco y cannabis (respectivamente), no se observa una misma tendencia para todos los rasgos de personalidad ni para todas las sustancias.

Es de notar el predominio en las características de personalidad de los encuestados, reportando puntajes elevados en los factores F+ Impetuosidad, Q4+ tensión, E+ Ascendencia y Q1+ Radicalismo, estos rasgos descritos de manera constante en distintas evaluaciones de personalidad<sup>6</sup>,

9, se han asociado a conductas de Extroversión, como la desinhibición y búsqueda de experiencia característico de individuos impulsivos con una fuerte necesidad de estimulación<sup>35</sup>. Este rasgo de búsqueda de sensaciones podría explicar la relación positiva entre la impulsividad y el uso de drogas legales e ilícitas. Las personas más necesitadas de estímulos serán más propensas a realizar comportamientos que implican estimulación y riesgo. Llorens y cols. remarcan esta asociación de búsqueda de sensaciones como predictor de conductas antisociales entre ellas el consumo de sustancias<sup>9</sup>. En ese sentido algunos autores afirman que la búsqueda de estimulación es una variable relevante para identificar a los consumidores de los no consumidores<sup>36</sup>.

Inicialmente, se consideró que la prevalencia en el consumo de sustancias en médicos internos de pregrado sería similar a la reportada en estudios similares (legales 46,7-75,1%/ ilegales 4-7%)<sup>4,28</sup>. Sin embargo la mayoría de los participantes (n=48) presentó consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30-90 días (legales 36.2%/ilegales 51,72%).

Con respecto a la influencia de los rasgos de personalidad en el consumo, sólo la F+ Impulsividad (impetuosidad), N+ Sutileza (astucia) tienen una influencia

estadísticamente significativa en el uso de sustancias; mientras que en el contexto de uso de sustancias específicas se reporta correlación significativa en los factores L- Credibilidad (desconfianza)-uso de tabaco (p-value .007); N-Sutileza (Astucia)- uso de cannabis (p-value .002); O-conciencia (adecuación serena)- uso de tabaco (p-value .047). Si bien lo propuesto en otros estudios como lo reportado por Fantin y cols. sobre el estudio de la personalidad y el uso de sustancias sugiere que todos los rasgos mantienen un correlacionaron estadística y significativa con el consumo de alcohol, cannabis y cocaína<sup>4</sup>; en este estudio sólo fueron relevantes para el uso de cannabis y tabaco. En el caso de consumo de cannabis, la N-Astucia también se encuentra correlaciona. En el consumo de tabaco, los factores que presentaron relación significativa son la L- desconfianza y la O- Adecuación serena. Contrario a lo reportado en la literatura, no hubo relación significativa de algún rasgo con un menor consumo. Lo anterior es concordante con lo reportado en estudios previos donde la impulsividad es el rasgo más consistente con relación al uso de sustancias tanto legales como ilegales<sup>4, 8, 28</sup>.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que los médicos internos de pregrado son dominantes, audaces, inteligentes e impulsivos; rasgos que, si bien, favorecen el trabajo en equipo y funcionan

de soporte a los mecanismos estresores existentes durante el internado rotatorio, también sirven de indicador de riesgo para el consumo de sustancias.

Se describe un número muy elevado de consumidores activos de sustancias psicoactivas en los médicos en formación, con una clara asociación con conductas impulsivas y potencialmente de riesgo. Si bien, existen variables que no pueden ser comprobadas, como el efecto directo de la psicopatología previa o de la situación de Pandemia (COVID-19)(31), concluimos que existe evidencia suficiente de relación estadística entre rasgos de personalidad de tipo extrovertidas/impulsivas (impetuosidad, astucia, falta de culpa) con el uso de sustancias psicoactivas en los médicos internos de pregrado de Hospitales de Tercer Nivel del Estado de Tabasco, México.

En este estudio, se encontraron diferentes distribuciones del consumo de alcohol, con respecto a los rasgos de personalidad y se puede concluir que los rasgos de personalidad se relacionan significativamente con el uso de sustancias psicoactivas por los médicos internos de pregrado. Aparece claramente la relación entre las variables de personalidad y el uso de sustancias psicoactivas. Además, los rasgos de personalidad influyen no sólo en el consumo de alcohol, sino también en el consumo de cannabis y cocaína.

#### Recomendaciones

La investigación futura debe determinar si estas variables tienen una relación causal y los beneficios potenciales para los programas de prevención, considerando las características de personalidad de la población de médicos en formación.

Además, los rasgos de personalidad influyen no sólo en el consumo de alcohol, sino también en el consumo de cannabis y cocaína. Esto es importante para el establecimiento de programas de prevención basados en dichas variables

Por otro lado, también desde el punto de vista aplicativo, pueden considerarse las características de la personalidad de los estudiantes para ofrecerles apoyos psicopedagógicos emergentes que contrarresten factores negativos y/o potencien sus cualidades mediante procesos educativos mejor planeados(29).

#### Limitaciones

Al momento existen varias limitaciones notables en el estudio. En primer lugar, el uso del 16PF dificulta comparar los resultados con estudios similares aplicados con otras pruebas de evaluación de rasgos de personalidad(34).

También, tanto el instrumento y el método de aplicación (cuestionario en línea) utilizado no han sido aplicadas de esta manera consistente en el medio actual, por lo que los estudios futuros deben considerar la conveniencia de usar este instrumento.

Además, los resultados de este estudio no son generalizables a la población adulta mexicana debido a las notables diferencias en los estresores ambientales de los médicos en formación, incluido el periodo de emergencia epidemiológica mundial (COVID-19)(37).

## Agradecimientos

Agradeciendo la valiosa participación de los médicos internos de pregrado que contestaron la encuesta, así como a los Hospitales involucrados. Un especial agradecimiento a los asesores de esta investigación, quienes con su dirección y

perseverancia hicieron este proyecto posible.

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. United Nations: Office on Drugs and Crime [Internet]. United Nations. 2021 [citado 10 Nov 2021]. World Drug Report: Drug Use and Health Consequences; [119p]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021-booklet-2.html>
2. Zamora-Mendoza A, Hernández-Castañón M, Álvarez-Aguirre A, Garza-González B, Gallegos-Torres R. Prevalencia de sustancias adictivas y estilos de vida en estudiantes universitarios. Revista Ciencia@UAQ [Internet]. 2013 [citado 10 Nov 2021]; 6(2): [aprox 10p]. Disponible en [https://www.uaq.mx/investigacion/revista\\_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v6-n2/15Articulo.pdf](https://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v6-n2/15Articulo.pdf)
3. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. México: Comisión Nacional contra las Adicciones. 2016 [citado 10 Nov 2021]. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. [119p]. Disponible en <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/adicciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
4. Beatriz-Fantín M. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Adicciones [Internet]. 2006 Sep 1 [citado 10 Nov 2021]; 18(3):285–292. DOI:[10.20882/adicciones.346](https://doi.org/10.20882/adicciones.346) Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/346>
5. Díaz-Castela M del M, Anguiano-Garrido B, Muela-Martínez JA. El consumo de drogas en el alumnado de la Universidad de Jaén. Acción Psicológica [Internet]. 2016 Jun 1 [citado 10 Nov 2021]; 13(1):53–66. DOI:[10.5944/ap.13.1.16723](https://doi.org/10.5944/ap.13.1.16723) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2016000100053](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000100053)
6. Willard-Allport G. Pattern and growth in personality [Internet]. New York: Holt, Rinehart And Winston; 1976 [actualizado 2 feb 2020; citado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://archive.org/details/patterngrowthinp0000unse/page/n7/mode/2up>
7. Cattell RB, Kline P, Prieto-Zamora JM. El análisis científico de la personalidad y la motivación. Madrid: Pirámide; 1982 [citado 10 nov 2021].
8. González MT, Espada JP, Guillon-Riquelme A, Secades R, Orgilés M. Association between personality traits and substance use in Spanish adolescents. Adicciones [Internet]. 2016 Mar 2 [citado 10 Nov 2021]; 28(2):108–115. DOI:[10.20882/adicciones.28.2](https://doi.org/10.20882/adicciones.28.2) Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/777/733>
9. Llorens-Aleixandre N, Palmer-Pol A, Perelló-del Río MJ. Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. Trastor Adict [Internet]. 2005 [citado 10 Nov 2021]; 7(2):90–96. DOI:[10.1016/s1575-0973\(05\)74513-x](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(05)74513-x) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-caracteristicas-personalidad-adolescentes-como-predictores-13075018>
10. Cortés-Tomás MT, Giménez-Costa JA, Motos-Sellés P, Cadaveira-Mahía F. Importancia de las expectativas en la relación entre

11. impulsividad y consumo intensivo de alcohol en universitarios. *Adicciones* [Internet]. 2014 Jun 1 [citado 10 Nov 2021]; 26(2):134-45. DOI:[10.20882/adicciones.15](https://doi.org/10.20882/adicciones.15) Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/15>
12. Rodríguez J, Fernandez AM, Hernandez AE, Ramirez PS. Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en Jóvenes Universitarios. *Rev Int Psicol Ter Psicol* [Internet]. 2006 [citado 10 Nov 2021]; 24(1):63–9. ISSN: 0716-6184. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524107>
13. Sussman S, Unger JB, Dent CW. Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2004 [citado 10 nov 2021]; 4:9–25. ISSN 1576-7329 Disponible en: [https://aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-93.pdf](https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-93.pdf)
14. Bergen HA, Martin G, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: Longitudinal relationships in young community adolescents. *Addict Behav* [Internet]. 2005 Sep [citado 10 nov 2021]; 30(8):1563-73. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.012> Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2005-11744-007>
15. Morell-Mengual V, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C, Castro-Calvo J, Díaz-Rodríguez I. La influencia de la personalidad en la percepción de los cuidados sobre la salud de los jóvenes españoles. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. 2016 [citado 10 nov 2021]; 2(1):173-80. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.199>
16. Arévalo-Contreras SE, Oliva FE. Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G. *Rev Iberoam Estud Desarro* [Internet]. 2015 [citado 10 nov 2021]; 5(10): 472-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=498150318024>
17. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores Psicosociales. *Univ Psychol* [Internet]. 2006 Jun 1 [citado 10 nov 2021]; 5(3): 501–10. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/458>
18. Grant BF, Stinson FS, Dawson D, Chou P, Ruan WJ, Pickering R. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2004 Abr 1 [citado 10 nov 2021]; 61(4):361-8. DOI: [10.1001/archpsyc.61.4.361](https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.361) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15066894/>
19. Rodríguez-Santos O, Baldo-Soria R, y Cardoso S. Consumo de alcohol: Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev Cubana Med Gen Intergr* [Internet]. 2000 [citado 10 nov 2021]; 16(3), 255-259. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300007&lng=es&tlng=es).
20. Inglés CJ, Delgado B, Bautista R, Torregrosa MS, Espada JP, García-Fernández JM, García-López LJ. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2007 [citado 10 nov 2021]; 7(2): 403-420. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33717060010.pdf>
21. Becoña E, López A, Fernández-Del Río E, Martínez U, Fraga J, Osorio J, Domínguez MN. ¿Tienen una personalidad distinta los consumidores de psicoestimulantes?. *Psicotema* [Internet]. 2011 [citado 10 nov 2021]; 23(4): 552-559. ISSN: 0214–9915. Disponible en: <http://www.psicothema.com/PDF/3921.pdf>
22. Hojat M, Michalec B, Veloski JJ, Tykocinski ML. Can empathy, other personality attributes, and level of positive social

- influence in medical school identify potential leaders in medicine. Acad Med [Internet]. 2015[citado 10 nov 2021]; 90(4): 505-10. <http://doi.1097/ACM.000000000000065>. Disponible en: [https://journals.lww.com/academicmedicine/FullText/2015/04000/Can\\_Empathy,\\_Other\\_Personality\\_Attributes,\\_and.30.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/FullText/2015/04000/Can_Empathy,_Other_Personality_Attributes,_and.30.aspx)
23. Raeisei A, Mojahed A, y Bakhshani, N. M. The relationship between personality styles of sociotropy and autonomy with suicidal tendency in medical students. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 [citado 10 nov 2021]; 7(3): 345-350. doi: [10.5539/gjhs.v7n3p345](https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n3p345) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802088/>
  24. Fuentes-Unzueta R, Manrique-Nava C, Domínguez-Márquez O. General conditions of medicine students, class 2010, during their pre-degree rotatory internship of Medical School, National Polytechnic Institute. Acta Bioeth [Internet]. 2015 [citado 10 nov 2021]; 21(1): 29-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100004>
  25. Kyrkcaldy B D, Siefen G, Surall D, Bischoff R.J. Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. Pers Individ Dif [Internet]. 2004 [citado 10 nov 2021]; 36(2): 247-265. DOI: [10.1016/S0191-8869\(03\)00082-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00082-5) Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/222332376\\_Predictors\\_of\\_drug\\_and\\_alcohol\\_abuse\\_among\\_children\\_and\\_adolescents](https://www.researchgate.net/publication/222332376_Predictors_of_drug_and_alcohol_abuse_among_children_and_adolescents)
  26. Torres-Valenzuela A, Velázquez-Hernández GY, Martínez-Luna A A, García-García J, Gómez-Rodríguez M, Jasso-Jiménez LA, Ortiz-Valdivia D. Rasgos de personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera de medicina. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet], 2017 [citado 10 nov 2021]; 7(25) 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.02.002> Disponible en: [http://dstats.net/download/http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A7Num25/05\\_AO\\_RASGOS.pdf](http://dstats.net/download/http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A7Num25/05_AO_RASGOS.pdf)
  27. Hernández-Pérez F. Perfil socioafectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel. Rev CONAMED [internet]. 2018 [citado 10 nov 2021]; 23(1): 21-27. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con181e.pdf>
  28. Urrego Mendoza DZ. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de especialidades médicas. Rev Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 10 nov 2021]; 4(1): 59-73. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18461>
  29. Heinze G, Vargas BE, y Cortés-Sotres JF. Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Salud ment. [internet] 2008 [citado 10 nov 2021]; 31(5): 343-350. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000500002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500002&lng=es&tlng=es)
  30. Pérez E, Cupani M, Beltramino C. Adaptación del Inventario de Personalidad 16PF-IPIP a un Contexto de Orientación. Estudio Preliminar. Rev Evaluar [Internet]. 2004 [citado 10 Nov 2021]; 4(1): 23-49. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v4.n1.597> Disponible en: [https://revistas.unc.edu.ar/index.php/rev\\_aluar/article/view/597](https://revistas.unc.edu.ar/index.php/rev_aluar/article/view/597)
  31. Díaz-Contreras S, Díaz-Reséndiz FJ. Factores de personalidad en estudiantes de psicología en México. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2017 [citado 10 Nov 2021]; 22(3): 353-363. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775009>
  32. Cravioto-Magallon RM. Estudio de confiabilidad de la prueba 16 factores de personalidad (16FP) de Raymond Cattell [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México (Tesis de Licenciatura). 1971 [citado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/318873>
  33. Valdes-Valdes MA. Relación entre el tipo de personalidad detectado por el test 16 FP y el rendimiento académico en los adolescentes

- de segundo y tercer grado de nivel medio superior en el Estado de México [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México (Tesis de Licenciatura). 2006 [citado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/157658>
34. Centro Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico [Internet]. México: CENIDET; 2004 [actualizado 20 mar 2020; citado 10 Nov 2021] Elementos para la conformación de un perfil psicológico de ingreso a los programas de maestría del Centro Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico; [79p]. Disponible en: <http://www.cenidet.edu.mx/subaca/w eb-dda/docs/perfil16FP.pdf>
  35. Vinet EV, Faúndez X. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. Salud Ment [Internet]. 2012 Jun [citado 10 Nov 2021]; 35(3):205–21. ISSN 0185-3325 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300004)
  36. Eysenck S, Zuckerman M. The relationship between sensation-seeking and Eysenck's dimensions of personality. Br J Psychol [Internet]. 1978 Nov [citado 10 Nov 2021]; 69(4):483–7. DOI <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1978.tb02125.x> Disponible en: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8295.1978.tb02125.x>
  37. Teichman M, Barnea Z, Rahav G. Sensation seeking, state and trait anxiety, and depressive mood in adolescent substance users. Int J Addict [Internet]. 1989 Feb. [citado 10 Nov 2021] 24(2):87–99. DOI: [10.3109/10826088909047277](https://doi.org/10.3109/10826088909047277). PMID: 2767825. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2767825/>
  38. Abreu-Hernández LF, León-Bórquez R, García-Gutiérrez JF. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. Educ médica [Internet]. 2020 [citado 10 Nov 2021]; 23(5):237-42. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322020000600002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000600002&lng=es&tlng=es)

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Riesgo de suicidio en estudiantes de una preparatoria de Tepic, Nayarit; México

#### Suicide risk in high school students in Tepic, Nayarit; Mexico

Dora Luz Maldonado Arellano<sup>1</sup>, Verónica Benítez Guerrero<sup>1</sup>, Fabiola Rubí Casillas Jiménez<sup>1</sup>, Erendida Leal Cortes<sup>1</sup>,  
Ramona Armida Medina Barragán<sup>1</sup>, Refugio Guadalupe Cortés Ibarra<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** Suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. **Objetivo.** Determinar el riesgo de suicidio en estudiantes de una preparatoria de la ciudad de Tepic, Nayarit. **Materiales y métodos.** estudio descriptivo y transversal de tipo cuantitativo en una muestra por conveniencia de 131 estudiantes adolescentes de nivel medio superior, se excluyeron a estudiantes ausentes el día de la recolección de información. Se aplicó la Escala de Riesgo Suicida, diseñada por R. Plutchik y H.M. Van Praga, y Picard, discrimina entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. **Resultados y conclusiones.** Los resultados indican que 51 estudiantes (38.9%) tiene riesgo de cometer suicidio, de los cuales 33 (25.1%) son del sexo femenino y 18 (13.7%) masculinos. Se concluye que, en cuanto al riesgo de suicidio, el 38.9% tiene el riesgo de cometerlo, las mujeres muestran mayor tendencia de llevarlo a cabo. No obstante que las mujeres, en términos porcentuales están más predispuestas a cometer suicidio que los hombres, estadísticamente, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

**Palabras clave:** Riesgo de suicidio, Adolescentes, Estudiantes.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Suicide is defined by the World Health Organization (WHO) as the deliberate act of taking one's own life. Its prevalence and methods used vary according to different countries. **Objective.** Determine the risk of suicide in high school students in the city of Tepic, Nayarit. **Methodology:** descriptive and cross-sectional study of quantitative type in a sample for convenience of 131 adolescent students of upper secondary level, students absent on the day of the information collection were excluded. The Suicide Risk Scale, designed by R. Plutchik and H.M. Van Praga, and Picard, discriminate between normal individuals and psychiatric patients with autolytic ideation. **Results and Conclusions.** The results indicate that 51 students (38.9%) are at risk of committing suicide, of which 33 (25.1%) are female and 18 (13.7%) male. It is concluded that in terms of the risk of suicide, 38.9% have the risk of committing it, women show a greater tendency to carry it out. Although women, in percentage terms, are more predisposed to commit suicide than men, statistically, no significant differences were found between men and women.

**Keywords:** Risk of suicide, Teenagers, Students.

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Nayarit. Unidad Académica de Enfermería. Nayarit, México.

Recibido: 21 de agosto de 2021.  
Aceptado: 30 de septiembre de 2021.

Correspondencia para el autor: Verónica Benítez Guerrero. Av. Camino de los metales 234. Col. Lomas de Cortes. Tepic, Nayarit, México. [veronica.benitez@uan.edu.mx](mailto:veronica.benitez@uan.edu.mx)

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal(1). Su prevalencia y métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares por su etapa del desarrollo(2).

Según las últimas estimaciones de la OMS, publicadas en «Suicide worldwide in 2019», cada año pierden la vida más personas por suicidio que por VIH, paludismo o cáncer de mama, o incluso por guerras y homicidios. En 2019, se suicidaron más de 700 000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes, lo que ha llevado a la OMS a elaborar nuevas orientaciones para ayudar a los países a mejorar la prevención del suicidio(3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que aproximadamente 703 000 se quitan la vida y otros más han intentado hacerlo. En el 2019 el suicidio fue la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años en el mundo(4).

En México, en años recientes se han quitado la vida alrededor de seis mil personas por año, ocurriendo más de la mitad de esas muertes en menores de 35 años. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) calculó que la tasa de suicidio en el año 2015 fue de 2 por cada 100 mil mujeres y de 8.5 por cada 100 mil hombres, a diferencia de otros países de ingresos medios en la región de las Américas, cuyas tasas de suicidio han ido a la baja con el paso del tiempo. En México, la tendencia es al alza, siendo ésta

especialmente grave en las mujeres jóvenes(5).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2020 reportó 1 069 301 muertes por suicidio, de las cuales 78118 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representan un 0.7 de las muertas, con tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes, estas cifras superan las reportadas del 2019 de 5.6(6).

El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar quitarse la vida. Este riesgo es definido por datos epidemiológicos, antecedentes personales y mentales de individuo, así como factores actuales que afecten a la integridad mental, física y social. Los y las adolescentes en riesgo de suicidio pueden sufrir vulnerabilidad psicológica o mental, provocada por distintos factores. Esto no quiere decir que la existencia de alguno de estos factores determine un suicidio, pero son elementos a tener en cuenta. Entre los más comunes están los problemas familiares graves como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, los problemas en la escuela, tanto en relación con las bajas calificaciones como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en bullying o acoso escolar a través de burlas y agresiones. También pueden ser factores de riesgo, las dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia y, especialmente, los intentos previos de suicidio(7).

Londoño y Cañón mencionan que hay diversos factores para que se desarrolle una

conducta suicida en adolescentes, como las que corresponden a la esfera biológica, psicológica, social, género, edad, problemas emocionales, trastornos afectivos, consumo de sustancias, problemas emocionales y bullying(8).

Por otro lado, Cañon y Carmona, agrupan cuatro categorías que están relacionadas con la ideación suicida o conducta suicida: emocionales negativas y factores estresantes, interacciones familiares, conyugales o interpersonales, factores biopsicosociales y problemas laborales y desigualdad social(9).

El suicidio puede prevenirse si se actúa a tiempo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS)(10), se esfuerza por proponer estrategias dirigidas a la prevención del suicidio. La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). De las Naciones Unidas, propone para el 2030, reducir la mortalidad prematura de enfermedades no

transmisibles mediante la prevención y tratamiento; así como promover la salud mental y el bienestar, en concordancia con Plan Estratégico de 2020-2025 de la OPS, que incluyó el suicidio como un indicador a evaluar(11).

La adolescencia es una categoría construida socialmente utilizada para nombrar el período que va de la niñez a la adultez. Suele caracterizarse como una etapa de pleno desarrollo y grandes cambios. La adolescencia no es vivida de la misma manera por todas las personas, está determinada por factores sociales, económicos y culturales(2).

El objetivo del estudio fue identificar el riesgo de suicidio en estudiantes de bachillerato de la Universidad autónoma de Nayarit, con el fin de identificar posibles factores de riesgo para realizar propuestas de solución y de esa forma disminuir el riesgo de suicidio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal de tipo cuantitativo, el universo constituido por 435 estudiantes, tamaño de la muestra se determinó a través del método de muestreo no probabilístico por conveniencia, se determinó estudiar al 30% de la población total que consta de (131 estudiantes). De acuerdo con las unidades de observación dentro de los criterios de inclusión se consideró a estudiantes de segundo grado de bachillerato, edad de 15 a 17 años, que desearon participar en el estudio, que cuentan con el consentimiento informado

firmado por el padre, madre o tutor del menor; los criterios de exclusión, estudiantes que no estuvieron presentes el día de la recolección de información, y que se retiraron de la investigación, criterios de eliminación instrumentos contestados de manera incompleta. La recolección de los datos se realizó mediante la Escala de Riesgo Suicida, diseñada por R. Plutchik y H.M. Van Praga, y Picard(12), discrimina entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. Esta escala fue validada en la población española

(Rubio 1998) con alfa de Cronbach de 0,89, sensibilidad y una especificidad del 88 %.

La escala consta de 15 ítems de carácter dicotómico con opción de respuesta sí o no, cada respuesta positiva evalúa 1 punto, cada respuesta negativa evalúa 0 puntos, la puntuación total oscila entre 0 a 15 puntos, a mayor puntuación mayor riesgo; se identifica como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6 de respuestas positivas para diagnosticar posible riesgo de suicidio. Así mismo, para facilitar el análisis de los resultados, se optó por agrupar tres categorías para identificar el riesgo de suicidio integradas por cinco preguntas en cada una de ellas (Santana y Santoyo)(13): 1. sentimientos de depresión con las siguientes preguntas: ¿toma de forma habitual algún medicamento para dormir?, ¿tiene dificultades para conciliar el sueño?, ¿a veces nota que podría perder el control en sí mismo?, ¿tiene poco interés en relacionarse con la gente?, ¿está deprimido ahora?; 2. desesperanza con las siguientes preguntas: ¿ve a su futuro con más pesimismo que optimismo?, ¿se ha sentido alguna vez e inservible?, ¿ve a su futuro sin ninguna esperanza?, ¿se ha sentido alguna vez tan fracasado que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?, ¿está usted soltero, separado, casado o en unión libre?; 3. Ideas suicidas se consideraron las

siguientes preguntas: ¿sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?, ¿alguna vez se ha sentido tan enfadado que sería capaz de matar a alguien?, ¿ha pensado alguna vez en suicidarse?, ¿le ha comentado a alguien en alguna ocasión querer suicidarse?, ¿ha intentado alguna vez quitarse la vida?.

Para el análisis estadístico de las variables categóricas sociodemográficas se realizó mediante estadística descriptiva con distribución de frecuencia y medidas de tendencia central. Para determinar el riesgo de suicidio de acuerdo al sexo, se hizo mediante una t student para muestras independientes. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS IBM Statistics versión 23.

En cuanto a las consideraciones éticas, se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, los participantes de estudio no se sometieron a ningún tipo de riesgo, la información personal está protegida y se maneja de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, los participantes de estudio no se someterán a ningún tipo de riesgo, su información personal será protegida y se maneja de confidencial.

## RESULTADOS

De un total de 131 adolescentes, por sexo participaron 73 mujeres y 58 hombres.

En cuanto a identificar sentimientos de depresión se consideraron los siguientes datos: el 10% del total de muestra refieren tomar algún medicamento, el 41%

contestaron tener dificultad para conciliar el sueño, el 46% manifiestan que pueden perder el control en sí mismo, el 50% ha perdido el interés de relacionarse y el 27%

contestó que al momento de recolectar la información se encontraban deprimidos, en todos los ítems hay un mayor porcentaje en las mujeres que en los hombres (tabla 1).

**Tabla1.** Sentimientos de depresión en adolescentes que cursan la Preparatoria

Pregunta	Respuesta		SEXO	
	SÍ	NO	SÍ H	SÍ M
¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	13 (10%)	118 (90%)	2 (3%)	11 (15%)
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	54 (41%)	77 (59%)	19 (33%)	35 (48%)
¿A veces nota que podría perder el control en sí mismo?	46 (35%)	85 (65%)	15 (26%)	31 (42%)
¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	50 (38%)	81 (62%)	18 (31%)	32 (44%)
¿Está deprimido ahora?	36 (27%)	95 (73%)	13 (22%)	23 (32%)
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>456</b>		

**Fuente:** Elaboración propia

Para identificar la desesperanza se obtuvo la siguiente información: el 27% refiere ve su futuro con más pesimismo que optimismo, el 62% se ha sentido alguna vez inútil e inservible, 16% observa su futuro sin ninguna

esperanza, el 52% se ha sentido fracasado, en relación con la pregunta que se les hizo sobre su estado civil el 10% tanto masculinos como femenino están separados, divorciados o viudos (tabla 2).

**Tabla 2.** Sentimientos de desesperanza en adolescentes que cursan la preparatoria

Pregunta	Respuesta		SEXO	
	SI	NO	Si H	Si M
¿Ve a su futuro con más pesimismo que optimismo?	35 (27%)	96 (73%)	16 (28%)	19 (26%)
¿Se ha sentido alguna vez inservible?	81 (62%)	50 (38%)	31(53%)	50 (68%)
¿Ve a su futuro sin ninguna esperanza?	21 (16%)	110 (84%)	9 (16%)	12 (16%)
¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	68 (52%)	63 (48%)	20 (34%)	48 (66%)
¿Está usted separado, divorciado o viudo?	13 (10%)	118 (90%)	6 (10%)	7 (10%)
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>437</b>		

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a identificar si tienen ideas suicidas, el 26% tiene antecedentes de que alguien de su familia ha intentado suicidarse, el 22% en algún momento se ha sentido tan enfado que sería capaz de matar a alguien, el

39% ha pensado alguna vez en suicidarse, el 18% le ha comentado a alguien en suicidarse y el 18% ha intentado alguna vez quitarse la vida (tabla 3).

**Tabla 3.** Ideas suicidas en adolescentes que cursan el segundo grado de bachillerato

Preguntas	Respuesta		SEXO	
	SÍ	NO	SÍ H	SÍ M
¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	34 (26%)	97 (74%)	11 (19%)	23 (32%)
¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que sería capaz de matar a alguien?	29 (22%)	102 (78%)	16 (28%)	13 (18%)
¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	51 (39%)	80 (61%)	18 (31%)	33 (45%)
¿Le ha comentado a alguien en alguna ocasión que quería suicidarse?	24 (18%)	107 (82%)	8 (13%)	16 (22%)
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	23 (18%)	108 (82%)	8 (13%)	15 (21%)
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>494</b>		

Fuente: Elaboración propia

Para determinar el riesgo de suicidio el resultado muestra que el 51 (38.9%) tiene riesgo de cometer suicidio, de los cuales 33 (25.1%) son del sexo femenino y 18 (13.7%) masculinos (tabla 4).

A pesar de que hay una diferencia en los porcentajes entre los masculinos y femeninos, estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos ( $P= 0.44$ ).

**Tabla 4.** Riesgo de suicidio en adolescentes que cursan el segundo grado de bachillerato

Puntaje por respuesta	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Total
<b>0 puntos</b>	7	2	9
<b>1 punto</b>	12	7	19
<b>2 puntos</b>	8	7	15
<b>3 puntos</b>	5	7	12
<b>4 puntos</b>	3	8	11
<b>5 puntos</b>	5	9	14
<b>6 puntos</b>	7	13	20
<b>7 puntos</b>	6	9	15
<b>8 puntos</b>	2	4	6

<b>9 puntos</b>	0	3	3
<b>10 puntos</b>	0	1	1
<b>11 puntos</b>	1	1	2
<b>12 puntos</b>	1	0	1
<b>13 puntos</b>	0	2	2
<b>14 puntos</b>	1	0	1
<b>15 puntos</b>	0	0	0
			131

Fuente: Elaboración propia

## DISCUSIÓN

Actualmente el suicidio es considerado un problema de salud pública, se estima que anualmente alrededor 800 000 se han quitado la vida y algunos más se han quedado en el intento. Las consecuencias de un suicidio en una familia traen efectos en la dinámica familiar que pueden llegar hasta la desintegración familiar(3).

Se puede observar que hubo respuestas que evidencian algunos síntomas que pudieran estar relacionados con depresión en los estudiantes, ya que hubo adolescentes que toman algún tipo de medicamento para conciliar el sueño, situación que pone en riesgo su salud, resultado similar a los de Escobar, Quijano y Calvo(14), quienes refieren que el insomnio se ha asociado desde hace tiempo a ideas suicidas, intentos y suicidios. Otros respondieron que tienen dificultades para relacionarse y que se sienten deprimidos. Una atención oportuna y tratamiento oportuno puede disminuir el riesgo de una enfermedad de salud mental que ponga el riesgo la vida de los adolescentes.

La desesperanza entendida como la falta de objetivos positivos acerca del futuro o pesimismo del futuro, es considerado un

riesgo, ya que se presenta en la etapa previa al suicidio consumado y al intento de suicidio. En este estudio, más del 50% de los adolescentes se ha sentido alguna vez inútil y fracasado, a diferencia de los resultados de Del Campo, Gonzalez y Bustamante(15), quienes identificaron sentimientos de soledad y pocos amigos. Los resultados deben atenderse puesto que aun cuando en esa etapa de la vida la persona está en un proceso de crecimiento tanto físico como mental, se sugiere una atención oportuna por profesionales de salud, estos resultados coinciden con los de Andrade y Gonz(17), ellos encontraron correlaciones moderadas en los ítems de la escala de desesperanza y riesgo de suicidio.

Así mismo, el 50% de los estudiantes presenta riesgo de suicidio, el sexo femenino está más predispuesto a cometerlo en este estudio, que difieren de los resultados de INEGI (2020)(16), en el que los hombres tienen una tasa de 8.9 de fallecimientos por cada 100 000 hombres y las mujeres 2 de cada 100 000 mujeres. Sin embargo, en este estudio se encontraron resultados similares con los de Andrade y Gonz, Ardiles, Alfaro y Díaz(17-18) quienes refieren que son las mujeres las que presentan un mayor riesgo,

tanto moderado como alto de cometer suicidio que los hombres. Aunque en lo general, en este estudio el porcentaje de riesgo es menor al 50%, se deben implementar estrategias que permitan identificar el problema de origen y darles un tratamiento adecuado y oportuno.

El que una persona en algún momento manifieste tener ideas suicidas, representa un riesgo para su integridad física, son las mujeres las que están más predispuestas, puesto que, de acuerdo a nuestro instrumento, han comentado a algún amigo en querer hacerlo y lo han intentado en

alguna ocasión, el querer quitarse la vida. Estos hallazgos son similares a los presentados por Cárdenas e Hidalgo(19,20).

Dentro de las limitaciones de este estudio, fueron que no se obtuvo información sobre la dinámica familiar u otros factores externos que pueden estar influyendo en esta problemática. Sería importante implementar programas relacionados con el riesgo de suicidio tanto con los estudiantes como con padres o tutores de los estudiantes.

## CONCLUSIONES

Se concluye que en la etapa de la adolescencia se presentan una diversidad de cambios tanto físicos como psicológicos. De acuerdo a la información recabada, se observan respuestas en las tres categorías que están evidenciando que requieren de una atención que disminuya el riesgo de suicidio.

En cuanto al riesgo de suicidio, el 38.9% tiene el riesgo de cometerlo, las mujeres muestran mayor tendencia de llevarlo a cabo, estos

resultados son similares a los de Dávila y Luna, evidencias que en su estudio son las mujeres las que mostraron mayor prevalencia de intento de suicidio<sup>21</sup>.

No obstante que las mujeres, en términos de porcentuales están predispuestas a cometer suicidio mayormente que los hombres, estadísticamente, no existe una diferencia en términos de riesgo de cometer suicidio entre los hombres y las mujeres.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Ginebra: [editorial desconocido]; 2006. 29 p

2. UNICEF. Infancia y Adolescencia. Guía para periodistas. (UNICEF).; 2017. Consultado el 13 de agosto de 2017 en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/comunicacion-infancia-y-adolescencia-guia-para-periodistas>

3. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa Internet. 2019. (Consultado 27 JULIO 2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

4. WHO | World Health Organization [Internet]. Suicidio; [consultado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

5. De la Fuente Muñiz R. Secretaria de Salud. Día Mundial para la Prevención del Suicidio (OMS); 18 de septiembre de 2018. Consultado el 13 de agosto de 2021 en: [http://www.inprf.gob.mx/ensenanza/info\\_curso\\_s/2018/prevencion\\_suicidio.pdf](http://www.inprf.gob.mx/ensenanza/info_curso_s/2018/prevencion_suicidio.pdf)
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [Internet]. [consultado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf)
7. Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN. 2015;19(8):8. Consultado el 30 de julio de 2021 en <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
8. Londoño Muriel V, Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. Archivos de Medicina (Manizales) [Internet]. 19 de abril de 2020 [consultado el 10 de octubre de 2021];20(2):472-80. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>.
9. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes. Revista Pediátrica de Atención Primaria. 2018;(20):387-95.
10. PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud; [consultado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
11. Desarrollo Sostenible [Internet]. Salud; [consultado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
12. Plutchik, R., Van Praag, H. M., Conte, H. R., & Picard, S. Correlates of suicide and violence risk: The suicide risk measure. Comprehensive Psychiatry. 1989; 30(4), 296-302.
13. Santana Campas MA, Santoyo Telles F. Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. Avances en Psicología. 2018; 26 (1):1.
14. Escobar-Córdoba F, Quijano-Serrano M, Quijano-Serrano M, Calvo-González JM, Calvo-González JM. Evaluación del Insomnio como Factor de Riesgo para Suicidio. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 21 de marzo de 2017 [citado 13 de agosto de 2021]; 74 (1):37-45. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/articulo/view/14740>
15. Del Campo AM, González C, Bustamantes J. El suicidio en adolescentes. Revista Médica del Hospital General. 2013; 76 (4):4.
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [Internet]. [consultado el 11 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf)
17. Andrade Salazar JA, Gonz J. Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. Psicogente. 27 de abril de 2017; 20 (37):37. Consultado el 13 de agosto de 2021 en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2419>
18. Ardiles Irrarázabal RA, Díaz Mancillas I, Martínez Guzmán VV, Paola Andrea Alfaro Roble. Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. Aquichan. 5 de octubre de 2018; 18 (2):2. Consultado el 13 de agosto de 2021 en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/8619/4715>
19. Cárdenas Vila RM. Ideación suicida y estilos de afrontamiento en adolescentes de instituciones educativas. Revista Científica Digital de Psicología PSIQUEMAG. 2018; 7 (1):61-75. Consultado el 08 de agosto de 2021 en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2444>.
20. Hidalgo Rasmussen C, Hidalgo San Martín A. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20:3437-45. Consultado el 31 de julio de 2021 en <http://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18692014>.
21. Dávila Cervantes C, Luna Cortes M. Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. Revista Chilena de Pediatría. 2019; 90 (6):6.

## ESTUDIO DE CASO

### Cuidados de enfermería comunitaria mediante un tratamiento no farmacológico en niños con pediculosis capitis

#### Community nursing care through non-pharmacological treatment in children with pediculosis capitis

Didier Francisco Aké Canul<sup>1</sup>, Dallany Trinidad Tun González<sup>1</sup>, Marco Esteban Morales Rojas<sup>1</sup>, Sheila Mariela Cohuo Cob<sup>1</sup>, Sheyla Safiro Poot Koh<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** Este trabajo parte de una condición identificada y expresada en el diagnóstico de salud participativo realizado en la comunidad de San Cayetano: la pediculosis capitis, una infección parasitaria que afecta principalmente a los niños por lo que es necesario evaluar los tratamientos disponibles y documentar los cuidados que la enfermería comunitaria proporciona con base en la evidencia científica. **Objetivo.** Describir a través del Proceso de Atención de Enfermería, el abordaje comunitario de un tratamiento no medicamentoso aplicado en niños con pediculosis capitis. **Materiales y métodos.** Estudio de caso comunitario de corte transversal y alcance exploratorio, bajo la propuesta de Investigación Basada en la Participación de la Comunidad y las etapas del Proceso de Atención de Enfermería. **Resultados.** Los planes de cuidados se desarrollaron en dos contextos; a nivel comunitario con el diagnóstico de salud participativo y a nivel familiar con las intervenciones dirigidas a los niños con pediculosis capitis. **Discusión y conclusiones.** El diagnóstico de salud participativo es un insumo para dinamizar intervenciones en el contexto familiar y comunitario; cuando en el proceso se involucra a la población se genera una sinergia con enfermería que impacta en la transformación de las necesidades sentidas por la comunidad.

**Palabras clave:** Diagnóstico de la situación de salud, Participación de la comunidad, Proceso de enfermería, Infestaciones por piojos, Niño

#### ABSTRACT

**Introduction.** This work is based on a condition identified and expressed in the participatory health diagnosis carried out in the community of San Cayetano: pediculosis capitis, a parasitic infection that mainly affects children, so it is necessary to evaluate the available treatments and document the care that community nursing provides based on scientific evidence. **Objective.** Describe through the Nursing Care Process, the community approach of a non-drug treatment applied to children with pediculosis capitis. **Materials and methods.** Cross-sectional community case study and exploratory scope, under the proposal of Research Based on Community Participation and the stages of the Nursing Care Process. **Results.** The care plans were developed in two contexts; at the community level with participatory health diagnosis and at the family level with interventions aimed at children with pediculosis capitis. **Discussion and Conclusions.** The participatory health diagnosis is an input to stimulate interventions in the family and community context; When the population is involved in the process, a synergy with nursing is generated that impacts on the transformation of the needs felt by the community.

**Keywords:** Diagnosis of health situation, Community participation, Nursing process, Lice infestations, Child.

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 21 de septiembre de 2021.

Aceptado: 01 de noviembre de 2021.

Correspondencia para el autor: Didier Francisco Iván Aké-Canul. Calle 90 S/N x 59 y 59<sup>a</sup> Contiguo al hospital O' Horán. C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. [didier.ake@correo.uady.mx](mailto:didier.ake@correo.uady.mx)

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud poblacional es un medio de investigación y planificación sanitaria que emplea la salud pública para identificar necesidades, problemas, daños a la salud, recursos y fortalezas en las comunidades que finalmente permite proponer soluciones viables a los problemas identificados (1).

Históricamente la construcción de los diagnósticos de salud se vincula con la perspectiva de los servicios sanitarios, sin embargo en años recientes, la Organización Panamericana de la Salud impulsa la modalidad de diagnósticos con un enfoque participativo (2). Este tipo de diagnóstico tiene sustento teórico en la metodología de la Investigación Acción Participativa y la teoría de la Educación Popular (3) (4). La principal característica es el papel principal que adquiere la comunidad para identificar problemas, necesidades y soluciones. Es por ello, que cada vez más autores recomiendan el uso de estas metodologías para una interacción más orgánica con la comunidad. (5-7).

El diagnóstico de salud se considera una herramienta de evaluación sobre la salud de las comunidades, donde pueden converger diferentes disciplinas por la naturaleza multidisciplinaria de la salud pública; por consiguiente, la Enfermería comunitaria se define como una disciplina científico-práctica que permea su actuación al campo de la investigación sobre el estado de salud de las comunidades. La enfermería

comunitaria trabaja con una visión sistémica y holística, e integra la teoría y la práctica en los cuidados que proporciona a nivel individual y colectivo; sus funciones las dirige principalmente a la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades, es decir; conjuga la asistencia clínica con la salud pública. Asimismo, favorece que los servicios de salud estén al alcance de las personas, familias y comunidades para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de la vida (8).

El ámbito de intervención es un aspecto distintivo del cuidado de la enfermería comunitaria, este distintivo enfrenta al personal de enfermería a situaciones complejas debido al dinamismo de las comunidades, los determinantes sociales de la salud, las transformaciones políticas, económicas y culturales. Por ejemplo, cuando el personal de enfermería proporciona cuidados en el ámbito domiciliario, busca satisfacer las necesidades de salud de la familia y de cada uno de los integrantes; este ámbito de actuación requiere conocimientos científicos, metodológicos, humanistas y del contexto para orientar los cuidados; necesariamente demanda involucrar activamente a todos los integrantes de la familia para que éstos modifiquen los problemas que los afecta.

La enfermería se basa en un sistema de teorías que se aplican a la práctica a través del Proceso de Atención de Enfermería para valorar, diagnosticar, planificar, intervenir y

evaluar las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad (9). El campo de actuación de la enfermería comunitaria tiene un fuerte componente social, es por ello que, prioriza a la comunidad y a quienes la integran. En ese sentido, lo que motivó este trabajo fue una condición identificada y expresada en un diagnóstico de salud participativo que se realizó en una comunidad: la pediculosis capitis. Una infección parasitaria que afecta principalmente a los niños, sin embargo, también es frecuente que la población adulta acuda a las consultas de atención primaria con infestación por *pediculus humanus capitis* (10).

La evidencia científica señala que normalmente los piojos no son vectores de enfermedades (11); sin embargo, si generan problemas sociales, estigma, alarma en las comunidades, ansiedad en los centros educativos, incertidumbre en los padres y ausencias laborales; molestias físicas (enrojecimiento, escozor e hinchazón) y ausencias escolares innecesarias en los niños (12).

Esta enfermedad es un problema de salud pública porque representa una plaga en los

escolares de todo el mundo, su prevalencia es variable: en India y Argentina es de 35.2% y 56.8% respectivamente. En el caso de México, la Clínica de Dermatología Pediátrica del Hospital de Sonora reportó que la pediculosis capitis ocupa el cuarto lugar en frecuencia, entre los cuales el 54% son niños entre uno y cuatro años de edad (13).

La erradicación de la pediculosis representa un reto para la salud pública, ya que requiere de mucho tiempo, dedicación y las intervenciones no son siempre integrales y efectivas. Hoy en día los servicios de salud recomiendan el uso de insecticidas tópicos a base de piretrinas y malathion (14); sin embargo, la resistencia generada por los piojos (15) sugiere evaluar los tratamientos disponibles y documentar los cuidados que la enfermería comunitaria proporciona con base a la evidencia científica. El objetivo de este trabajo es describir a través del Proceso de Atención de Enfermería, el abordaje comunitario de un tratamiento no medicamentoso aplicado en niños con pediculosis capitis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de caso comunitario de corte transversal y alcance exploratorio, bajo la propuesta de Investigación Basada en la Participación de la Comunidad (Community Based Research) como metodología diagnóstica y el Proceso de Atención de Enfermería para la intervención. En lo que

respecta a la fase de valoración, de agosto de 2018 a julio de 2019 se realizó un diagnóstico de salud poblacional a partir de las necesidades sentidas y expresadas por los habitantes de una localidad rural (16).

Durante la etapa del diagnóstico se utilizó la North American Nursing Diagnosis

Association (NANDA) 2021-2023, en la etapa de planificación con la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC) e intervenciones con la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) 2018 por sus siglas en inglés, dichos diagnósticos y los planes de cuidados se presentan en la sección de resultados (17–19).

#### Área de estudio

Para guardar el anonimato de la comunidad se decidió denominarla “San Cayetano”, una localidad de origen maya con 677 habitantes, ubicada a 8 km al norte de la ciudad de Mérida, Yucatán, su principal actividad económica es de tipo terciaria ya que en el poblado existen personas que ofrecen diferentes servicios como trabajos de carpintería, jardinería y albañilería; la otra parte de la comunidad labora en actividades secundarias como son las fábricas de construcción de materias prima. En cuestión de la autoridad local, cuentan con un ayuntamiento representado por un comisario municipal.

La comunidad cuenta con los servicios básicos de agua potable, energía eléctrica, educación y transporte. La ocupación predominante fue de empleados con 150 personas (22%), seguido por 147 estudiantes (21%). Con respecto a las viviendas, la mayoría de los hogares cuentan con techo y piso de concreto, en su mayoría predominan viviendas con 3 o más dormitorios, siendo estos el 40% de las viviendas totales. En cuestión de limpieza, 64 viviendas (42.66%) limpian su casa los siete días de la semana, por otro lado, 47 viviendas (31.33%) limpian

un solo día a la semana. Asimismo, el 25% de las viviendas cuentan con animales que incluye los sueltos y los de corral, también se encontró una cantidad de 150 perros en viviendas de los cuales el 10% no se encuentra vacunado.

Referente a los servicios para la atención sanitaria, la comunidad no cuenta con un centro de salud ni consultorio para la atención de los pobladores, 241 habitantes (35.60%) estaban afiliados al Seguro Popular de Salud (SPS), en contraste con 214 personas (31.61%) que no cuentan con afiliación a un servicio de salud.

#### Participantes

En el diagnóstico de salud poblacional participó un total de 150 viviendas, obteniendo información de 677 personas, de las cuales 348 eran hombres (51.4%) y 329 mujeres (48.6%) de distintos grupos de edad. En lo que respecta a la población intervenida a través del Proceso de Atención de Enfermería, estuvo constituida por 66 escolares matriculados en la escuela primaria de la comunidad, 34 del sexo masculino y 32 del sexo femenino en edades a partir de los 5 años hasta los 14 años. Los participantes fueron niños identificados en la primera fase de la investigación, como casos positivos de pediculosis capitis; aquellos que otorgaron su asentimiento y el consentimiento de sus padres participaron en la intervención.

#### Presentación del caso comunitario

De agosto de 2018 a julio de 2019 se realizó un diagnóstico de salud poblacional bajo la

propuesta de Investigación Basada en la Participación de la Comunidad. En este se recabaron las opiniones de líderes políticos y religiosos, padres y madres de familia, profesores, adolescentes y niños de la comunidad. Fueron ellos quienes desde su propia perspectiva propusieron las variables a incluir en el diagnóstico de salud, así como alternativas de intervención para incidir en los problemas y daños a la salud identificados.

Posteriormente, en una asamblea, la comunidad decidió abordar el tema de la pediculosis capitis que afectaba principalmente a los niños de San Cayetano; la decisión se basó por el número de casos reportados, la necesidad expresada por los profesores de la escuela primaria, las molestias físicas reportadas por los niños, prevenir el estigma social que conlleva la pediculosis; la disponibilidad de estudiantes de la licenciatura en enfermería para trabajar en la localidad y los recursos materiales disponibles para la atención de los casos.

#### Intervenciones

La población intervenida por el personal de enfermería fueron los escolares matriculados en la escuela primaria de la localidad. La intervención se realizó en los meses de agosto a octubre de 2019 y los datos se obtuvieron a través de revisiones capilares; examinando a tres niños de manera simultánea dentro de un salón en un espacio individual separados por biombos, las anotaciones se realizaron por códigos para garantizar la privacidad, clasificándolos de acuerdo al grado de infestación:

a. No tiene piojos ni liendres

b. Tiene sólo liendres

c. Tiene piojos

d. Tiene liendres y piojos

e. Tiene laceraciones por piojos y liendres

La prevalencia de positividad en pediculosis capitis de los escolares fue de 3.5 por cada 10 niños. Y el total de sujetos identificados fueron 23 escolares de la primaria, a partir de ese momento los casos positivos se consideraron el 100% de la población intervenida. El grado de infestación más frecuente fue el b. Solo liendres, con 16 (24.2%) alumnos del total de la muestra.

El personal de enfermería, constituido por estudiantes de licenciatura, fueron capacitados por investigadores y académicos en salud pública para realizar una visita domiciliaria y evaluar los aspectos relacionados con la pediculosis y las condiciones de la vivienda donde se encontró lo siguiente: las familias viven en casas pequeñas y comparten dormitorio hasta con seis personas; tanto adultos como niño desconocen las formas de contagio, tratamiento y prevención de la pediculosis capitis, entre familiares tienen la costumbre de compartir objetos personales como peines, gorras y ligas para el cabello; falta de higiene personal sobre todo en los niños; cabello de las niñas con longitud  $\geq 11.5$  cm; frecuencia de lavado de cabello menor a tres veces por semana; los papás expresaron que los niños se contagian de piojos cuando van a la escuela.

Posterior a la identificación de los casos y determinar los domicilios como área de intervención, se aplicó un tratamiento no

farmacológico para el control de la pediculosis capitis. La intervención contó con el apoyo de 35 estudiantes y 8 supervisores de enfermería.

Durante las visitas domiciliarias se capacitó a los cuidadores de los niños e incluyó aspectos importantes de la enfermedad, su importancia, así como los pasos del tratamiento. Posteriormente los enfermeros junto con el cuidador aplicaron el tratamiento en cada uno de los niños, en simultáneo los estudiantes realizaron actividades lúdicas para generar una mayor confianza al tratamiento por parte de los niños. El tratamiento se repitió a los 7 días y se dio seguimiento de los casos a los 30 días del tratamiento inicial; en cada visita domiciliaria se recalcan aspectos importantes para la disminución y prevención de la pediculosis como mantener el cabello arreglado, evitar compartir objetos personales para el cabello, realizar una higiene capilar adecuada de más de 3 veces por semana y revisar constantemente el

cabello de todos los integrantes de la familia.

#### Consideraciones Éticas

Esta investigación se clasifica como riesgo mínimo, según las normativas nacionales vigentes (artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en seres humanos), se protegió en todo momento la identidad e integridad de los participantes y en cuanto a los criterios de grupos y personas vulnerables y se respetaron todos los requisitos científicos y protocolarios de acuerdo con el método propuesto.

Se establece que se mantuvieron en todo momento los principios bioéticos propuestos en la declaración de Helsinki, tales como la protección de la privacidad de los datos y el anonimato de los participantes, así como la valoración del beneficio superior sobre los riesgos presentados. Todas las personas otorgaron su consentimiento de participación voluntaria en el estudio. En el caso de los niños se obtuvo el asentimiento verbal.

## RESULTADOS

La valoración por dominios, el razonamiento diagnóstico y los planes de cuidados de enfermería a nivel comunitario y familiar se plasman en las tablas siguientes. Las

características del tratamiento no medicamentoso y la evaluación de su efectividad se compartirá en otra publicación.

**Tabla 1.** Valoración por dominios de la NANDA 2021-2023 y razonamiento diagnóstico.

Datos significativos	Análisis deductivo Dominio y clase alterada	P Problema (Etiqueta Diagnóstica)	E Etiología (Factor relacionado/ riesgo)	S Signos y síntomas (Características definitorias)
-Habitantes que no están afiliados a un servicio de salud (32%) -Falta de higiene en la vivienda (31%) -Fauna en vivienda (25%)	<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud  <b>Clase 2:</b> Gestión de la salud	(00215) Salud deficiente de la comunidad	Acceso inadecuado al proveedor de cuidado de la salud	Problemas de salud experimentados por los grupos escolares y programa no disponible para eliminar problemas de salud de una población.
-Falta de vacunación a animales domésticos (10%) -Parásitos en cuero cabelludo; liendres y piojos (23 escolares) -Laceraciones en cuello cabelludo (2 escolares)	<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud  <b>Clase 2:</b> Gestión de la salud	(00293) Disposición para mejorar la autogestión de la salud		Expresión de deseos de mejorar los factores de riesgo, las elecciones de la vida diaria y el compromiso con la atención de seguimiento.
-Desconocimiento de la enfermedad pediculosis -Falta de higiene personal -Contagio por contacto en escuela y vivienda	<b>Dominio 4:</b> Actividad/ reposo  <b>Clase 5:</b> Autocuidado	(00182) Disposición para mejorar el autocuidado		Expresión de deseos de aumentar el autocuidado y conocimiento de estrategias para su autocuidado.
-Cabello con longitud $\geq 11.5$ cm -Frecuencia de lavado de cabello $< 3$ veces por semana. -Objetos para cabello compartidos. -Vivir con $\geq 5$ personas en vivienda.	<b>Dominio 5:</b> Percepción/ cognición  <b>Clase 4:</b> Cognición	(00161) Disposición para mejorar los conocimientos		Manifiesto de deseo de mejorar en el aprendizaje.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la NANDA 2021-2023. (17)

**Tabla 2.** Diagnósticos de enfermería comunitaria

<b>Diagnóstico NANDA</b>	
<b>00215</b>	Salud deficiente de la comunidad r/c acceso inadecuado al proveedor de cuidado de la salud evidenciado por los problemas de salud experimentados por los grupos escolares, y el programa no disponible para eliminar problemas de salud de una población.
<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud	<b>Clase 2:</b> Gestión de la salud
<b>00293</b>	Disposición para mejorar la autogestión de la salud evidenciado por la expresión de deseos de mejorar los factores de riesgo, las elecciones de la vida diaria y el compromiso con la atención de seguimiento.
<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud	<b>Clase 2:</b> Gestión de la salud

**Fuente:** Construcción propia a partir de la NANDA 2021-2023. (17)

**Tabla 3.** Planificación y ejecución.

<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA</b>				
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>				
<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud		<b>Clase 2:</b> Gestión de la salud		
00215 Salud deficiente de la comunidad r/c acceso inadecuado al proveedor de cuidado de la salud evidenciado por los problemas de salud experimentados por los grupos escolares, y el programa no disponible para eliminar problemas de salud de una población.				
<b>Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC):</b>				
<b>2701 Estado de salud de la comunidad</b>				
Resultados	Indicador(es)	Escala(s) de medición	Puntuación diana	
<b>Dominio:</b> VII Salud comunitaria	270112 Estado de salud infantil	1-Escasa	2	5
	270113 Estado de salud de los adolescentes	2-Justa	3	5
	270114 Estado de salud de los adultos	3-Buena	3	5
	270114 Estado de salud de los adultos	4-Muy buena	2	4
<b>Clase:</b> BB Bienestar comunitario	270101 Participación del público	5-Excelente	4	5
	270105 Tasa de asistencia escolar		<b>14</b>	<b>24</b>
<b>Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)</b>				
<b>Dominio:</b> 7. Comunidad		<b>Clase:</b> d. Control de riesgos de la comunidad		
<b>Intervención: 6652 Vigilancia: comunidad</b>				
<b>Actividades</b>				
-Recoger datos relacionados con situaciones sanitarias como, por ejemplo, enfermedades y lesiones para informar de ellas				
-Establecer la frecuencia de la recogida y el análisis de los datos.				
-Notificar los datos utilizando mecanismos de información estándar.				
-Enseñar a las personas, a las familias y a las instituciones la importancia del seguimiento del tratamiento de enfermedades contagiosas.				

<p>-Participar en el desarrollo de programas (enseñanza) asociados con la recogida y notificación de datos de la comunidad.</p> <p>-Utilizar informes para reconocer la necesidad de recogida, análisis e interpretación de datos adicionales.</p>	
<b>Dominio:</b> 4 Seguridad	<b>Clase:</b> V Control de riesgos
<b>Intervención: 6520 Análisis de la situación sanitaria</b>	
<b>Actividades</b>	
<p>-Determinar la población diana del análisis de la situación sanitaria.</p> <p>-Programar las citas para mejorar un cuidado eficaz e individualizado</p> <p>-Determinar el nivel de comprensión de la persona antes de iniciar la detección.</p> <p>-Informar sobre el fundamento y propósito del análisis de la situación sanitaria y del autoseguimiento.</p> <p>-Proporcionar intimidad y confidencialidad</p> <p>-Obtener el historial sanitario detallado, que incluya los hábitos sanitarios, factores de riesgo y medicamentos.</p>	

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la NANDA 2021-2023, NOC 2018 y NIC 2018. (17-19)

<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA</b>			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>			
<b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud		<b>Clase 2:</b> Gestión de la salud	
00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud evidenciado por la expresión de deseos de mejorar los factores de riesgo, las elecciones de la vida diaria y compromiso con la atención de seguimiento.			
<b>Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC):</b>			
<b>1805 Conocimiento: conducta sanitaria</b>			
Resultados	Indicador(es)	Escala(s) de medición	Puntuación diana
<b>Dominio:</b> IV Conocimiento y conducta de salud  <b>Clase:</b> S Conocimiento sobre promoción de salud	180513 Estrategias para evitar la exposición a riesgos ambientales	1-Ningún conocimiento 2- Conocimiento escaso 3- Conocimiento moderado	2      4
	180514 Estrategias para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas	4- Conocimiento sustancial 5- Conocimiento extenso	2      5
	180516 Servicios de promoción de la salud		2      3
	180516 Técnicas de autodetección		3      5 <b>9      17</b>
<b>Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)</b>			
<b>Dominio:</b> 3. Conductual		<b>Clase:</b> Q. Potenciación de la comunidad	
<b>Intervención: 5328 Visitas domiciliarias de apoyo</b>			

<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer el propósito y el número propuesto de visitas.</li> <li>-Establecer un lugar agradable y tiempo para las visitas.</li> <li>-Mostrar interés por la persona.</li> <li>-Mantener la confidencialidad e intimidad de la persona.</li> <li>-Utilizar los puntos fuertes personales para establecer la relación con la persona.</li> <li>-Utilizar preguntas abiertas para alentar la expresión de pensamientos, sentimientos y preocupaciones.</li> <li>-Ayudar a la persona a elaborar una lista completa de los problemas actuales.</li> <li>-Ayudar a la persona a identificar el problema.</li> </ul>	
<b>Dominio:</b> 3 Conductual	<b>Clase:</b> S. Educación de los pacientes
<b>Intervención: 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento</b>	
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informar a la persona/ allegados acerca de la duración esperada del tratamiento.</li> <li>-Determinar las experiencias anteriores de la persona y el nivel de conocimientos relacionados con el tratamiento.</li> <li>-Explicar el propósito del tratamiento.</li> <li>-Describir las actividades previas al tratamiento.</li> <li>-Explicar el tratamiento</li> <li>-Obtener el consentimiento informado de la persona sobre el tratamiento.</li> <li>-Enseñar a la persona cómo cooperar/participar durante el tratamiento.</li> <li>-Comentar la necesidad de medidas especiales durante el tratamiento.</li> <li>-Describir las valoraciones/actividades posteriores al tratamiento y el fundamento de las mismas.</li> <li>-Proporcionar distracción a la persona para que desvíe su atención del procedimiento.</li> <li>-Dar tiempo a la persona para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.</li> <li>-Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno.</li> </ul>	
<b>Dominio:</b> 1 Fisiológico: básico	<b>Clase:</b> F Facilitación del autocuidado
<b>Intervención: 1670 Cuidados del cabello y del cuero cabelludo</b>	
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar el estado del pelo y del cuero cabelludo, incluidas las anomalías (infestación por parásitos)</li> <li>-Aplicar tratamiento para las anomalías</li> <li>-Preparar los materiales para la limpieza del cabello (recipiente, accesorio para enjabonar, paño impermeable, toalla)</li> <li>-Ayudar a la persona a adoptar una posición cómoda</li> <li>-Colocar un gorro de limpieza desechable comercial en la cabeza de la persona y masajearla para extender la solución por el pelo y el cuero cabelludo, asegurándose de usar el gorro según las instrucciones del fabricante.</li> <li>-Secar el cabello con secador a baja temperatura para no quemar el cuero cabelludo.</li> <li>-Cepillar o peinar el pelo usando un peine</li> </ul>	
<b>Dominio:</b> 4 Seguridad	<b>Clase:</b> V Control de riesgos
<b>Intervención: 6650 Vigilancia</b>	
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales</li> <li>-Preguntar a la persona por la percepción de su estado de salud</li> </ul>	

- Seleccionar los índices adecuados de la persona para la vigilancia continuada, en función de su condición.
- Preguntar a la persona por sus signos, síntomas o problemas recientes
- Implicar a la persona y la familia en las actividades de monitorización
- Observar la capacidad de la persona para realizar las actividades de autocuidado.
- Vigilar los patrones conductuales.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la NANDA 2021-2023, NOC 2018 y NIC 2018. (17-19)

### Evaluación de los cuidados

Posterior a la implementación del plan de cuidados se concluye con una participación de la comunidad positiva. Con respecto al estado de salud de la comunidad, tanto los niños (población principal de intervención), así como los padres de familia participaron en el desarrollo de la intervención comunitaria. Con respecto al resultado conocimiento: conducta sanitaria, se obtuvo un resultado favorable, ya que los

participantes comprendieron las estrategias para prevenir la transmisión de la pediculosis capitis, reconocieron la importancia de los servicios de educación para la salud y demostraron las técnicas de control y autodetección.

Por la anterior, destaca la participación de la enfermería comunitaria en el primer nivel de atención, hoy en día fundamental para potenciar la salud de las comunidades.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al derivar de los resultados de un diagnóstico de salud participativo; la misma comunidad propuso que el personal de enfermería identifique los casos de pediculosis capitis en la localidad y genere una intervención que sea asequible para los habitantes de San Cayetano; la comisaria municipal otorgó las facilidades para las asambleas comunitarias donde se planificó el diagnóstico y devolvieron los resultados a la comunidad; los profesores de la escuela primaria apoyaron al personal de enfermería en la identificación de los casos y a localizar las viviendas para las visitas domiciliarias. Lo anterior demuestra que el diagnóstico de salud con enfoque participativo es una herramienta fundamental para dinamizar

intervenciones con enfoque de salud comunitaria; cuando se involucra a la comunidad desde la planificación del diagnóstico se promueve el interés y la apropiación de iniciativas dirigidas a la solución de los problemas identificados en el diagnóstico, lo anterior genera una sinergia entre comunidad y personal de salud, misma que redundará en la transformación de una realidad social basada en las necesidades sentidas y expresadas de la comunidad.

La Enfermería Comunitaria es una disciplina con conocimientos de salud pública y por ende su actuación permea en la construcción y/o coordinación de diagnósticos de salud poblacional. Es así, que la visita domiciliaria puede ser utilizada para proporcionar

cuidados de atención primaria y asistencia clínica con un enfoque integral, en aras de satisfacer necesidades de salud (20,21); por consiguiente, la enfermería puede dirigir los cuidados a la persona, la familia, o a nivel comunitario. En este trabajo la actuación de enfermería fue en dos contextos, primero a nivel comunitario cuando coordinó el diagnóstico de salud y segundo a nivel familiar con las intervenciones dirigidas a los niños con pediculosis capitis. En el segundo contexto se identificaron los factores etiológicos de la pediculosis capitis, lo cual fue de utilidad para planificar las intervenciones. Asimismo, se reforzó el vínculo enfermería- familia lo cual promovió el autocuidado familiar y la apropiación de información en salud.

El Proceso de Atención de Enfermería es la metodología que integra conocimientos, habilidades y juicio crítico del personal de enfermería para diagnosticar y tratar los problemas de salud de una comunidad. La metodología incluye cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (22). Es preciso constituir una buena valoración puesto que de ella parte un correcto diagnóstico y por lo consiguiente los cuidados enfocados en las necesidades de la comunidad (23); en la literatura se encuentran disponible distintos tipos de instrumentos de valoración enfocados en la persona, entre los más utilizados destacan; la valoración por dominios afectados, por patrones funcionales y la física cefalocaudal. En el presente trabajo la valoración se realizó por medio de un diagnóstico de salud

participativo, el cual proporcionó aspectos relevantes del contexto comunitario para enfocar los planes de cuidado y la intervención a nivel familiar. La intervención la ejecutó un equipo de profesionales de la salud, donde destacaron: enfermería, trabajo social, salud pública y educación. Lo anterior posibilitó un mejor resultado en la ejecución del tratamiento, la aceptación de la intervención por parte de las familias y el desarrollo de las competencias específicas del equipo interdisciplinario (24).

Con respecto a los Procesos de Atención de Enfermería, actualmente es amplia la literatura sobre planes de cuidados en las diferentes áreas hospitalarias, todos enfocados en una patología clínica y a un paciente en particular (25, 26). Sin embargo, la aplicación de estos procesos a los cuidados con alcance comunitario se ven como un escenario apartado y limitado en la literatura de América Latina, y es importante y pertinente resaltar las experiencias en el ámbito de atención primaria de la salud (27). De este modo, el presente trabajo representa un insumo para la enfermería comunitaria, al representar un proceso de atención de enfermería aplicado en el ámbito de comunidad, escolar y domiciliario. Por otro lado, es conveniente mencionar que la pediculosis capitis junto con la gripa común son consideradas las enfermedades más contagiosas a nivel mundial; el centro de control y prevención de enfermedades en Estados Unidos señala que al año se infestan de 6 a 12 millones de personas, a estas cifras hay que sumar los casos no reportados y las personas que tienen la condición y no lo

saben. En lo referente a la distribución de la enfermedad, la prevalencia de pediculosis capitis en niños de contextos rurales es variada: Argentina 45%, Brasil 43.3%, Chile 46.8%, México 13%, Perú 29%, y Uruguay 67% (28). En este trabajo se encontró que 23 de los 66 niños matriculados en la escuela primaria de San Cayetano estaban infestados por piojos de la cabeza, lo que se traduce en una prevalencia de 3.5 por cada 10 niños.

Epidemiológicamente la pediculosis representa un problema de salud pública, aunque con poco interés en América Latina debido a que no se trata de una enfermedad letal, sin embargo, este problema requiere atención porque puede ocasionar problemas en el aprendizaje y el bienestar general de la población infantil. Aunado a que la evidencia científica disponible es controversial o insuficiente para explicar todas las variables implicadas en el fenómeno de estudio, por ejemplo; los mecanismos de transferencias de los piojos y en qué medida cada mecanismo contribuye al contagio (14).

Con respecto a los tratamientos contra la pediculosis capitis, la revisiones sistemáticas reportan errores en los diseños de las intervenciones (29), asimismo, existen varias alternativas farmacológicas que preocupan a los responsables de los centros educativos y a los cuidadores de los niños, principalmente por los efectos tóxicos o acumulativos que los pediculicidas puedan ocasionar. En lo que

refiere a las intervenciones de enfermería con tratamientos no medicamentosos para controlar la pediculosis capitis, son pocos los estudios documentados, los disponibles se enfocan principalmente en la prevalencia y factores de riesgo (30). Otros trabajos de enfermería se enfocan a programas educativos que buscan aumentar los conocimientos de los cuidadores acerca de la enfermedad y las medidas preventivas (31,32). Sin embargo, otros profesionales del área de la salud han documentado intervenciones no farmacológicas. Por ejemplo, en un ensayo clínico no controlado se desarrolló una intervención con aire caliente aplicándolo durante 30 minutos para eliminar la infestación por piojos. El estudio concluyó que el aire caliente es un método eficaz y seguro que evita el desarrollo de resistencias contrario al tratamiento farmacológico (33).

En conclusión, este trabajo describe a través del Proceso de Atención de Enfermería, el abordaje comunitario de un tratamiento no medicamentoso aplicado en niños con pediculosis capitis. Asimismo, ofrece una opción de tratamiento accesible y asequible para la comunidad de San Cayetano, aunado a que los cuidados están basados en evidencia científica y su aplicación no generó lesiones o incomodidades en los niños.

## REFERENCIAS

1. Pineault R, Daveluy C, García-Vargas J, Ferrús L. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias [Internet]. estrategias. 2a ed. Barcelona: Masson;1994. p.1-38.: [Consultado 2021 septiembre 13].; Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Raynald-Pineault/publication/44481847\\_La\\_planificacion\\_sanitaria\\_conceptos\\_metodos\\_estrategias\\_por\\_Raynald\\_Pineault\\_Carole\\_Daveluy/links/59316adc0f7e9bee776f41f/La-planificacion-sanitaria-conceptos-metodos-estrategias-por-Raynald-Pineault-Carole-Daveluy.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Raynald-Pineault/publication/44481847_La_planificacion_sanitaria_conceptos_metodos_estrategias_por_Raynald_Pineault_Carole_Daveluy/links/59316adc0f7e9bee776f41f/La-planificacion-sanitaria-conceptos-metodos-estrategias-por-Raynald-Pineault-Carole-Daveluy.pdf)
2. Ministerio de la protección social. Dirección General de Salud Pública. Guía para el diagnóstico local participativo [Internet]. Bogotá C. D.: OPS/OMS/Ministerio de Protección de Social de Colombia. 2010: [Consultado 2021 septiembre 13].; Disponible en: <https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/si-diagnosticopaho.pdf>
3. Amsden J, VanWynsberghe R. Community mapping as a research tool with youth [Internet]. Action Res. 2005; 3(4): 353-81. [Consultado 2021 septiembre 13].; Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1476750305058487>
4. Freire P. Pedagogía del oprimido [Internet]. México (DF): Siglo Veintiuno. 1999.: [Consultado 2021 septiembre 13].; Disponible en: <https://fhcv.files.wordpress.com/2014/01/freire-pedagogia-del-oprimido.pdf>
5. Arenas-Monreal, L., Pacheco-Magaña, L., Parada-Toro, I. et al. Mapeo Comunitario para impulsar la participación comunitaria dentro del diagnóstico de salud poblacional [Internet]. 2019. 16(2), 120-127. Enfermería universitaria. [Consultado 2021 septiembre 13].; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000200120](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200120)
6. Arenas-Monreal, L., Cortez-Lugo, M., Parada-Toro, I., et al. Diagnóstico de salud poblacional con enfoque de ecosalud [Internet]. 2015. Revista Saude Pública. [Consultado 2021 septiembre 13]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dRRw3L7KmdVBG5TvsGP87n/?lang=es&format=pdf>
7. Aké Canul, D. F., Maldonado Borges, J. I., Laviada Delgadillo, et al. Experiencias del diagnóstico comunitario participativo en Dzityá, Yucatán, México [Internet]. Rev. enferm. hereditaria. 2015. 34-40. [Consultado 2021 septiembre 13]; Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2540>
8. Dandicourt Thomas, C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018. 34(1), 55-62. [Consultado 2021 septiembre 13]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007)
9. Mastrapa, Y. E., Rodríguez, J. E. V., Thomas, C. D. et al. Modelo de Enfermería Salubrista para las prácticas de cuidado interdisciplinar [Internet]. Revista Cubana de Enfermería. 2020. 36 (3), 1-12. [Consultado 2021 septiembre 13]; Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3490>
10. Soler B., Castellares C., Viver S. et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia y seguridad en la erradicación del *Pediculus humanus capitis* de un nuevo pediculicida elaborado con aceite de oliva saponificado. Semergen 2016 [Consultado 2021 septiembre 13] [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.009>
11. Angel TA, Nigro J, Levy ML. Infestations in the pediatric patient. *Pediatr Clin North Am.* [Internet]. 2000. 47:921---35. [Consultado 2021 septiembre 13]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10943266/>
12. Chosidow O. Scabies and pediculosis [Internet]. *Lancet.* 2000. 355:819-26. 13. [Consultado 2021 septiembre 13]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10711939/>
13. Valle Barbosa M., Muñoz de la Torre A, Robles-Bañuelos R, et al. La pediculosis capitis en escolares y el índice de marginalidad de la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Univ. Med.* 2020. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnmedica/article/view/27506>

14. Llada Suárez R, Del Fresno Marqués L, Vidal Fernández S, et al. Evidencia científica y recomendaciones sobre el tratamiento de la pediculosis. [Internet]. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa )2018 Julio. 6 (3): 25-41. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6861645>

15. Bialek R, Zelck UE, Fölster-Holst R. Permethrin treatment of head lice with knockdown resistance-like gene [Internet]. ;364:386---7.18. [Consultado 2021 septiembre 13].; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21268748/>

16. Collins, SE, Clifasefi, SL, Stanton, J, et al. Investigación participativa basada en la comunidad (CBPR): Hacia la participación equitativa de la comunidad en la investigación psicológica. Psicólogo estadounidense 2018 73 (7), 884–898 [Consultado 2021 septiembre 13] [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/amp0000167>

17. Herdman, T. H., Kamitsuru, S. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación. 12aed. España: Elsevier.: 2021-2023. [Consultado 2021 septiembre 13].;

18. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M. L. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6a ed. España: Elsevier: 2018. [Consultado 2021 septiembre 13].;

19. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., Wagner, C. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 7a ed. España: Elsevier: 2018. [Consultado 2021 septiembre 13].;

20. Thomas CD. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. Rev Cubana Med Gen Integr vol34 no1 Ciudad de La Habana ene-mar 2018 [Consultado 2021 septiembre 13] [Internet]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007)

21. Rodríguez Cerda R. Enfermería y la visita domiciliaria [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermeria-visita-domiciliaria/>

22. Gallego Lastra R., Diz Gomez J., López Romero M. Metodología Enfermera. Universidad Complutense de Madrid 2015 [Consultado 2021 septiembre 13] [Internet]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>

23. Mendoza del valle A. Ocampo Londoño L. Instrumentos de valoración que permiten realizar diagnósticos de enfermería en el paciente adulto. Corporación Universitaria Adventista Medellín, Colombia [Consultado 2021 septiembre 13] Disponible en: <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/870/Proyecto%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 2018;17.

24. Neves M, Queirós P, Gaspar M. Enfermería Comunitaria y el trabajo en equipo multidisciplinar. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. Vol.7. Enero 1 2014. 49-55 Revista Cubana de Medicina Tropical. Univ. Med. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/267269985\\_Enfermeria\\_Comunitaria\\_y\\_el\\_trabajo\\_en\\_equipo\\_multidisciplinar](https://www.researchgate.net/publication/267269985_Enfermeria_Comunitaria_y_el_trabajo_en_equipo_multidisciplinar)

25. Aznar Serrano Patricia. Plan de Cuidados de Enfermería a un paciente crónico con mala adherencia al tratamiento [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: <https://revistamedica.com/plan-cuidados-enfermeria-cronico-mala-adherencia-tratamiento/>

26. Rojas y Durango - Aplicación del proceso de atención de enfermería e.pdf [Internet]. [citado el 13 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721003.pdf>

27. Lagoueyte Gómez M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos [Internet]. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013)

28. Devera, Rodolfo. Epidemiología De La Pediculosis Capitis En América Latina. Sable. [Internet]. 2012; 24 (1): 25-36. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=427739447012>

29. Dodd CS. Interventions for treating head lice. *Cochrane Database Sys Rev.* 2001; 3: CD001165. [Consultado 2021 septiembre 13]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001165/full>
30. Barraza A, Pavía N, Manrique P, et al. Pediculosis capitis/escabiosis en escolares de primarias de Peto, Yucatán. [Internet]. 2012. [Consultado noviembre 2021] Disponible en: <http://www.socmexent.org/entomologia/revista/2012/EMF/862-865.pdf>
31. Bach A, Bach P. Efectividad del programa educativo: conocimiento y práctica en madres, para controlar la pediculosis en una institución educativa primaria. La Victoria. Chiclayo. [Internet]. 2014. [Consultado noviembre 2021] Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12423/443>
32. Dolores M, Domínguez M. Factores que inciden en la presencia de la Pediculosis Capitis, en los niños de tercero del Centro De Educación General Básica Teodoro Wolf Santa Elena. La Libertad, Ecuador [Internet]. 2014. [Consultado noviembre 2021] Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/983>
33. Vicente I, García C. El tratamiento con aire caliente durante tiempo prolongado podría ser efectivo como terapia no medicamentosa para la pediculosis del cuero cabelludo. [Internet]. 2007. [Consultado noviembre 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2798764>

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### Efectividad de la fototerapia con luz led para disminuir hiperbilirrubinemia neonatal en pacientes críticos

#### Effectiveness of LED phototherapy to reduce neonatal hyperbilirubin in critical patients

Saúl May Uiytz<sup>1</sup>, Nora Hernández Martínez<sup>1</sup>, Genny Josefina Madera Poot<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo.** Demostrar la efectividad de la fototerapia con luz LED (Light Emitting Diode), para disminuir la bilirrubina en recién nacidos críticos. **Metodología.** investigación con enfoque de revisión integrativa, a partir de la formulación de una pregunta estructurada, los términos se tradujeron a lenguaje documental a través del DeCS y MeSH, las bases consultadas fueron PubMed, Cochrane y Redalyc. Como estrategia de búsqueda se utilizó operador booleano AND, la lectura crítica fue por medio de Fichas de lectura Crítica FLC 3.0, para la gradación de las evidencias se utilizó la escala OXFORD. **Resultado.** se encontraron 29 artículos, de los cuales, se eliminaron 15 por ser mayor a 10 años de antigüedad y 5 por tener diseño descriptivo, finalmente 9 fueron elegibles para evaluación resultando finalmente 7 artículos elegibles cuyos diseños son: 4 con diseño de ensayo clínico y 3 revisiones sistemáticas, y 2 fueron eliminados por presentar sesgos. **Conclusiones.** La fototerapia con Luz LED de 40uW/cm<sup>2</sup>/nm es más efectiva que la de 30uW/cm<sup>2</sup>/nm en un tiempo de 12 horas de tratamiento, que la luz convencional; ya que reduce los niveles de bilirrubina sérica, los días de tratamiento, y el uso de las sábanas blancas aumentan la efectividad de la fototerapia con luz LED.

**Palabras clave:** Recién nacido; Ictericia; Ictericia neonatal; Fototerapia; Bilirrubina.

#### ABSTRACT

**Objective.** To demonstrate the effectiveness of phototherapy LED light (Light Emitting Diode) in critically ill newborns to reduce bilirubin. **Methodology.** research with an integrative review approach from the formulation of a structured question, the terms were translated into documentary language through DeCS and MeSH, the bases consulted were PubMed, Cochrane and Redalyc, As a search strategy, the Boolean AND operator was used, the critical reading was through the critical reading cards FLC 3.0 the OXFORD scale was used for grading the evidence. **Result.** 29 articles were found, of which 15 were eliminated for being older than 10 years old and 5 for having a descriptive design. Finally, 9 were eligible for evaluation, resulting in 7 eligible articles whose designs are: 4 with clinical trial design and 3 systematic reviews, and 2 were eliminated for presenting biases. **Conclusions.** It is concluded that phototherapy with LED light of 40uW / cm<sup>2</sup> / nm is more effective at 30uW / cm<sup>2</sup> / nm in a time of 12 hours of treatment than conventional light, reducing serum bilirubin levels, decreasing the days of treatment and the use of white sheets increase the effectiveness of phototherapy with LED.

**Keywords:** Newborn jaundice; Neonatal jaundice; Phototherapy; Bilirubin

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 03 de mayo de 2021.

Aceptado: 24 de junio de 2021.

Correspondencia para el autor: Saúl May Uitz. Calle 90 S/N x 59 y 59<sup>a</sup> Contiguo al hospital O' Horán. C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. [saul.may@correo.uady.mx](mailto:saul.may@correo.uady.mx)

## INTRODUCCIÓN

La ictericia neonatal, es uno de los problemas de salud que ocurre en los primeros días de vida en los recién nacidos, consiste en la acumulación de bilirrubina en la piel y membranas mucosas, esta condición clínica puede ser fisiológica o patológica (1) en este sentido la hiperbilirrubinemia, es el resultado del incremento de bilirrubina circulante, se detecta en la inspección del recién nacido generalmente, cuando la bilirrubina sérica total excede los 5 mg/dl, sin embargo, en el recién nacido icterico, la cuantificación de bilirrubina sérica total o bilirrubina trans cutánea en las primeras 24 a 72 horas predice la hiperbilirrubinemia severa (2).

En ese mismo contexto, la hiperbilirrubinemia es común en todo el mundo, afectando al menos al 60% de los neonatos a término y a corto plazo. A nivel mundial, se ha estimado que la hiperbilirrubinemia grave afecta al menos a 481.000 neonatos al año. De estos recién nacidos 63.000 sobreviven con discapacidad de larga duración de moderada a grave, incluyendo pérdida de audición, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo y otras deficiencias neurológicas. Queda una división entre la incidencia de hiperbilirrubinemia grave en los países de ingresos bajos y medianos; en los países de ingresos altos, se informa que es 31.6/100,000 nacidos vivos (3).

La mortalidad por ictericia neonatal fue de 8 de 100,000 niños menores de 5 años, desde 1990 ocupa el lugar 16 de las 100 causas de mortalidad en menores de 5 años. En el

periodo neonatal temprano que comprende del primero al sexto día de vida, es donde se presentan la mayoría de las muertes, por lo que es, en este periodo en el que se debe hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento con la finalidad de disminuir las secuelas neurológicas y la muerte (4).

La fototerapia es el tratamiento de elección para reducir la gravedad de la hiperbilirrubinemia neonatal. Implica longitudes de onda de luz azul específicas (emisión máxima,  $450 \pm 20$  nm) y espectro de emisión (rango, 400-520 nm), preferiblemente en un ancho de banda estrecho que se entrega a una irradiación de  $\geq 30 \mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$  hasta el 80% de la superficie corporal de un recién nacido. Esta exposición a la luz, energía lumínica (10-20 cm), modifica la forma y la estructura de la bilirrubina, convirtiéndola en moléculas hidrosolubles que se excretan en la orina o bilis sin necesidad de conjugación en el hígado. La bilirrubina absorbe luz con mayor intensidad en la región azul del espectro, cerca de 460nm, y colocando al recién nacido cerca de las lámparas (5, 6, 7).

El principio fundamental de la fototerapia radica en la conversión de la bilirrubina en fotoisómeros de configuración, que son hidrosolubles y de esta manera se facilita su excreción. La luz LED (Light Emitting Diode), presenta gran efectividad ya que administra dosis de irradiación mayores a las luminoterapia convencional, con la ventaja de no emitir calor. La dosis se calcula como el producto de la irradiación sobre la superficie de piel expuesta al tratamiento y es de suma

utilidad contar con equipos para evaluar la irradiación en todas las unidades que cuenten con luminoterapia. Se considera luminoterapia intensiva cuando se administra una dosis de 30 micro Watts/nm/cm<sup>2</sup> o superior, sobre la mayor superficie corporal posible y luminoterapia convencional cuando la radiación es administrada a una dosis entre 10 y 30 micro Watts/nm/cm<sup>2</sup> (8).

Un estudio que tuvo el objetivo de evaluar el efecto clínico de la fototerapia de luz azul combinada con el bífico en el tratamiento de ictericia hemolítica neonatal, el resultado reporta que la tasa efectiva total fue del 91,67% en el grupo de tratamiento, contra el 85 % en el grupo de control, lo que sugirió que el efecto de tratamiento, del grupo de tratamiento era mejor que el del grupo

control y la diferencia entre los dos grupos era estadísticamente significativa (P<0,05). En comparación con el tratamiento tradicional, el efecto de tratamiento de la fototerapia de luz azul combinada con el bífico en el tratamiento de la ictericia hemolítica neonatal, mejora significativamente y la velocidad de eliminación de ictericia también es mayor. Por lo tanto, su aplicación en la práctica clínica (9).

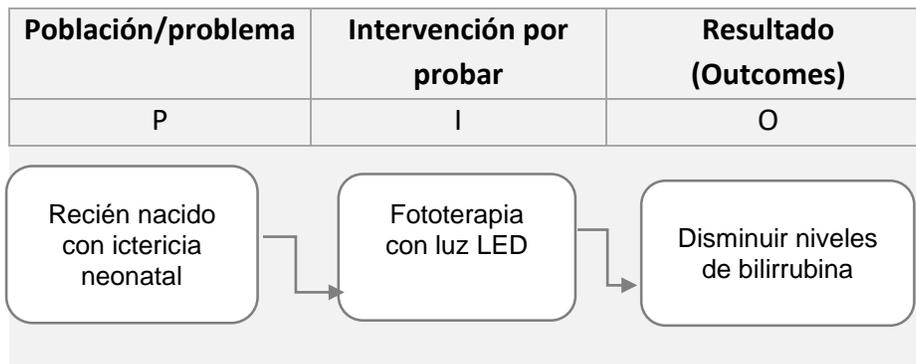
El objetivo de esta revisión fue demostrar la efectividad de la fototerapia con luz led en recién nacidos críticos para disminución de bilirrubina. Para esto se formuló la pregunta estructurada tipo PIO.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación cuantitativa, bajo el enfoque de revisión integrativa a partir de la formulación de una pregunta estructurada que surgió desde el contexto del escenario de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

(UCIN), el proceso de análisis y preparación de localización de las evidencias inicio con la identificación de términos de acuerdo con cada uno de los elementos de la pregunta PIO (Figura 1).

**Figura 1.** Elementos de pregunta estructurada



Fuente: Elaboración propia

Los términos se tradujeron a lenguaje documental a través de la consulta en el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS) (10) y el Medical Subject Headings (MeSH) (11),

en los idiomas español, inglés y portugués. Así mismo se consideró términos libres para la búsqueda (Ver tabla 1).

**Tabla 1:** Lenguaje documental

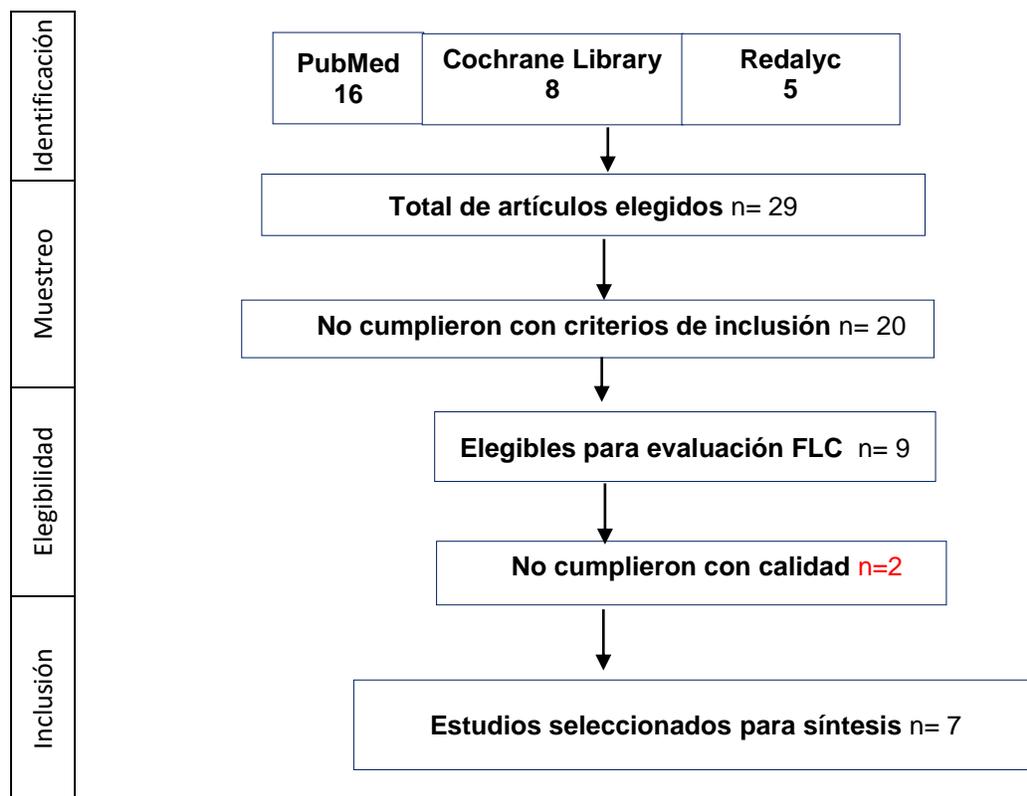
<b>Elementos de pregunta estructurada</b>	<b>Español</b>	<b>Inglés</b>	<b>Portugués</b>	<b>Términos libres</b>
<b>(P) Población/problema</b> Recién nacido con ictericia neonatal	Recién nacido* Ictericia* Ictericia neonatal**	Infant new born* Jaundice* Jaundice neonatal**	Recém-nascio* Icterícia*	
<b>(I) Intervención</b> Fototerapia con Luz LED	Phototherapy* Low level light therapy**	Fototerapia* Fototerapia de bajo nivel**	Fototerapia*	Luz LED
<b>(O) Resultado</b> Disminuir niveles de bilirrubina	Bilirrubina* Hiperbilirru binemia*	Bilirubin* Hyerbiliru binemia*	Bilirrubina** Hiperbilirru binemia*	

**Fuente:** construida a partir de la consulta en DeCS\* y MeSH\*\*.

Las evidencias se localizaron en un solo periodo que comprendió de octubre a diciembre de 2021 las fuentes consultadas fueron bases de datos: PubMed (12) y Cochrane (13) y Revista electrónica: Redalyc (14), se incluyó en la búsqueda artículos con diseño de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados, con una antigüedad no mayor a 10 años, la estrategia para una recuperación efectiva de las evidencias, se combinaron términos utilizando operador booleano AND (15) para conformar las

cadena de búsqueda, así mismo se utilizó las categorías (Full Text, antigüedad, ) para filtrar la búsqueda. La selección inicial de evidencias se realizó, primeramente, leyendo el título ~~y el~~ abstract, posteriormente para la recuperación del texto completo se realizó por medio del proyecto SCI-HUB (16). El proceso de selección y descarte de evidencias se realizó a través de las directrices PRISMA (Ver figura 2).

**Figura 2.** Proceso de selección de evidencias



Fuente: Elaboración propia

## RESULTADOS

La búsqueda fue efectiva y pertinente, se encontraron 29 artículos, de los cuales se excluyeron 15 por ser mayor a 10 años de antigüedad, 5 por ser estudios descriptivos, 9 se sometieron al proceso de lectura crítica para valorar la calidad de la evidencia esto se realizó por medio de la plataforma Fichas de Lectura Crítica FLC 3.0 <sup>(17)</sup>. Dos artículos fueron eliminados porque no cumplieron con

los criterios de calidad, finalmente se analizaron 7 artículos (Ver figura 2) que evidencian la efectividad del uso de la fototerapia LED y la luz halógena. De la siguiente manera: Fueron 4 ensayos clínicos (3 ensayos clínicos aleatorizados y 3 revisiones sistemáticas. (Ver tabla 2).

**Tabla 2.** Fuentes consultadas y recuperación

Fuentes de información	Estrategia	Diseño	Recuperados	Seleccionados	Título del artículo
<b>Base de datos</b>					
PUBMED	("Phototherapy"[Mesh]) AND "Jaundice, Neonatal"[Mesh] AND "Bilirubin"[Mesh]	Ensayo clínico aleatorizado	16	1	Efectividad y seguridad de 2 dispositivos de fototerapia para el manejo humanizado de la ictericia (18).
				2	Distribución de isómeros de bilirrubina en neonatos ictericos durante la fototerapia con luz LED centrada en 497 nm (turquesa) frente a 459 nm (azul) (19).
				3	Efecto de la fototerapia con luz LED turquesa frente a azul de igual irradiación en neonatos con ictericia (20).
				4	Formación temprana de isómeros de bilirrubina durante la fototerapia para ictericia neonatal: efectos de lámparas fluorescentes simples frente a dobles frente a fotodiodos (21).
COCHRANE	("Phototherapy") AND "Jaundice, Neonatal") AND "Bilirubin"	Revisión sistemática	8	1	Fototerapia con diodo emisor de luz para la hiperbilirrubinemia no conjugada en neonatos (22).
<b>Revista electrónica</b>					
REDALYC	Fototerapia AND LED	Revisión sistemática	5	1	Efectividad de la fototerapia en la bilirrubina neonatal (23).
				2	Comparación de la eficacia de la fototerapia convencional con tubos de luz azul vs. LEDs (24)

**Fuente:** Elaboración propia

Con respecto al riesgo de deterioro funcional, el 78.6% (n=33) de los participantes aseveró que no siguió estudiando después de los 14 años, al cuestionarles si necesita ayuda en sus

actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 38.1% (n=16) refirió que si, en cuanto a las personas que requieren algún auxiliar de la deambulacion el 54.8% (n=23) señalo que si lo usan y de manera similar, el

57.1% (n=24) respondió que si necesita ayuda para salir de viaje; el nivel de riesgo se puede observar en la gráfica 1.

**Tabla 3.** Síntesis y gradación de las evidencias

<b>Título</b>	<b>Nivel</b>	<b>Grado</b>	<b>Resumen de la evidencia</b>
<i>Efectividad y seguridad de 2 dispositivos de fototerapia para el manejo humanizado de la ictericia (19).</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	Los resultados fueron similares entre los 2 dispositivos. Para el ensayo general en el PMC, la disminución de los niveles de bilirrubina con el nuevo dispositivo fue significativamente mayor sin diferencias en las temperaturas, duración de la fototerapia, reingreso, mortalidad o efectos secundarios para ambos ensayos
<i>Distribución de isómeros de bilirrubina en neonatos ictericos durante la fototerapia con luz LED centrada en 497 nm (turquesa) frente a 459 nm (azul) (20).</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	Se observaron diferencias significativas en las concentraciones séricas de isómeros totales de bilirrubina y Z, Z-bilirrubina entre los 2 grupos. Curiosamente, las concentraciones de Z, E-bilirrubina, y por lo tanto también isómeros totales de bilirrubina formados durante el tratamiento, fueron más altas para los bebés que recibieron luz centrada en 459 nm, mientras que la concentración de E,Z-bilirrubina fue más alta para aquellos que recibieron luz centrada en 497 nm
<i>Efecto de la fototerapia con luz LED turquesa frente a azul de igual irradiación en neonatos con ictericia (21).</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	Usando luz LED de igual irradiación, las luces turquesas y azules tenían el mismo efecto de reducción de bilirrubina sobre la hiperbilirrubinemia de los neonatos.
<i>Formación temprana de isómeros de bilirrubina durante la fototerapia para ictericia neonatal: efectos de lámparas fluorescentes simples frente a dobles frente a fotodiodos (22).</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	La formación de fotoisómeros de bilirrubina es rápida y ocurre temprano durante la fototerapia intensiva para ictericia neonatal. La tasa y el nivel de fotoisomerización no fueron influenciados por la irradiación y la fuente de luz.
<i>Fototerapia con diodo emisor de luz para la hiperbilirrubinemia no conjugada en neonatos (23).</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	La fototerapia con fuente de luz LED es efectiva para reducir los niveles de bilirrubina sérica total a tasas similares a las de la fototerapia con fuentes de luz convencional (lámpara fluorescente compacta [LFC] o de halógeno). Se justifica la realización de estudios adicionales para evaluar la efectividad de la fototerapia con LED en los neonatos con ictericia hemolítica o en

<i>Efectividad de la fototerapia en la bilirrubina neonatal (24).</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	presencia de hiperbilirrubinemia grave (BST ≥ 20 mg/dl). La fototerapia de mayor efectividad es de LEDs, las sábanas blancas aumentan la efectividad de la fototerapia, se puede quitar el pañal del neonato cuando la bilirrubina haya incrementado
<i>Comparación de la eficacia de la fototerapia convencional con tubos de luz azul vs. LEDs (25)</i>	OXFORD 2 <sup>a</sup>	OXFORD B	El tratamiento con LEDs a 40 μW/cm <sup>2</sup> / nm reduce en 12 horas la duración del tratamiento en comparación con LEDs o luz azul a 30 μW/cm <sup>2</sup> /nm.

Fuente: Elaboración propia

## CONCLUSIONES

La evidencia científica señala que en los recién nacidos con elevación de los niveles de bilirrubina sérica es necesario utilizar el tratamiento de la fototerapia independiente sea de luz halógena o convencional o luz LED; sin embargo, los estudios evidenciaron que la Luz LED de 40uW/cm<sup>2</sup>/nm es más efectiva en comparación a la de 30uW/cm<sup>2</sup>/nm en un tiempo de 12 horas de tratamiento, por lo que se puede concluir que es más efectiva que la luz halógena o convencional para reducir los niveles de bilirrubina sérica total, con diferencias no significativas, mejorando el costo-beneficio del tratamiento del recién nacido, con mínimos efectos secundarios en la exposición de energía lumínica de la fototerapia, así mismo se menciona que el uso de sábanas blancas alrededor de la cuna

de calor radiante aumentan la eficacia de la fototerapia; respecto a la protección de los genitales, la literatura menciona que si los niveles de bilirrubina están muy altos se deberá quitar el pañal, solo cuando se utiliza la fototerapia de LEDs. Con cualquiera de los dispositivos de fototerapia se deberá utilizar protección ocular.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

## FINANCIAMIENTO

El trabajo no tuvo financiamiento de alguna institución u organismo externo, fue financiado por los propios autores

## REFERENCIAS

1. García Méndez C, Lechosa Muñiz C. Ictericia neonatal y cuidados de enfermería. [Trabajo final de grado]. España: Universidad de Cantabria 2020. [Citado 13 de junio 2020]; Disponible en: <https://bit.ly/3eh1i66>
2. Consejo de Salubridad General. Guía de referencia rápida. Guía de Práctica Clínica. Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las dos semanas de vida extrauterina. [Internet]. 2018 [citado 13 de junio 2020]; Disponible en: <https://bit.ly/2l0aagG>.
3. Borden AR, Satrom KM, Wratkowski P, George TN, Adkisson CA, Vreman HJ, et al. Variation in the Phototherapy Practices and Irradiance of Devices in a Major Metropolitan Area. Neonatology. [Internet]. 2018 Mar [citado 13 junio 2020]; 1; 113(3):269-74. Disponible en: <https://bit.ly/3srseoD>
4. Menalled A. Ictericia neonatal. Rev. Pediátrica Elizal de [internet]. 2011 dic, Vol. 2(1-2). [Citado 2019 Julio 27]; Disponible en: <http://bit.ly/2SoWBNS>.
5. Herrera M, Monteagudo A, Tapiador M, Valiente V. La fototerapia es una técnica empleada en neonatos para disminuir los niveles de bilirrubina en el recién nacido. Enfermería Ciudad Real [internet]. 2012 [citado 13 junio 2020]; Disponible en: <http://bit.ly/2OPFW3K>.
6. Madrigal Quirós C. Ictericia neonatal. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica LXXI [internet]. 2014. 613, P. 759-763. [Citado 13 junio 2020]; Disponible en: <http://bit.ly/3bC1WZG>
7. Bhutani VK, Cline BK, Donaldson KM, Vreman HJ. La necesidad de implementar una fototerapia eficaz en entornos con recursos limitados. Semin Perinatol. 2011 Junio; 35(3):192-7. doi: 10.1053/j.semperi.2011.02.015. PMID: 21641494. Disponible en: <https://bit.ly/2Qsu63k>
8. Menalled A. Ictericia neonatal. [Internet]. 2011 dic, Rev. Pediátrica Elizal de Vol. 2(1-2). [Citado 2019 Julio 27]; [Citado 13 junio 2020]; Disponible en: <http://bit.ly/2SoWBNS>.
9. Jiao Y, Jin Y, Meng H, Wen M. Un análisis sobre el efecto de tratamiento de la fototerapia de luz azul combinado con Bifico en el tratamiento de ictericia hemolítica neonatal. [Internet]. Exp Ther Med. 2018 Ago; 16(2):1360-1364. [Citado 13 junio 2020]; Disponible en: <https://bit.ly/2RR0AD1>
10. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [Consultado. 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2QzVqg9>
11. MeSH (Medical Subject Headings) es el tesoro de vocabulario controlado por NLM que se utiliza para indexar artículos para PubMed. [Consultado noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3xmejDX>
12. PubMed [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 1996 [Consultado 12 octubre 2020]. Available from: <https://bit.ly/2OibCSa>
13. COCHRANE [Internet]. Institut d' Investigacions Biomèdiques Sant Pau (IIB- Sant Pau), Barcelona; 2000. [Consultado 12 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3fDDllg>
14. Aguado López E. Becerril García A. Macedo García A. Redalyc .org. [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de México, 2020. [Consultado 12 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3exp3GW>
15. Guías de la Bus. Bases de datos, operadores y truncamientos. [Internet]. España; Biblioteca de la Universidad de Sevilla. EFQM. [Consultado 12 octubre 2020]. En red disponible en: <https://bit.ly/3cKmtxw>
16. Elbakyan A. Sci-Hub. To remove all barriers in the way of science. [Internet]. Centro de Ciencias. [Consultado diciembre 2020]; Disponible en: <https://sci-hub.se>
17. López M., Reviriego E., Gutiérrez A., Bayón J. [Internet]. Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias del País Vasco; 2017. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. [\[Consultado noviembre 2020\]](#). Disponible en: <https://bit.ly/32d7xCj>

18. Montealegre A, Charpak N, Parra A, Devia C, Coca I, Bertolotto AM. Efectividad y seguridad de 2 dispositivos de fototerapia para el manejo humanizado de la ictericia [Effectiveness and safety of two phototherapy devices for the humanised management of neonatal jaundice]. *An Pediatr (Barc)*. 2020 Feb;92(2):79-87. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.02.008. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30979682. Disponible en: <https://bit.ly/3tNCBo0>

19. Ebbesen F, Madsen PH, Vandborg PK, Jakobsen LH, Trydal T, Vreman HJ. Distribución de isómeros de bilirrubina en neonatos icterizados durante la fototerapia con luz LED centrada en 497 nm (turquesa) frente a 459 nm (azul). *Pediatr Res*. 2016 Oct; 80(4):511-5. doi: 10.1038/pr.2016.115. Epub 2016 25 de mayo. PMID: 27331354. Disponible en: <https://bit.ly/3n5fAe3>

20. Ebbesen F, Vandborg PK, Madsen PH, Trydal T, Jakobsen LH, Vreman HJ. Efecto de la fototerapia con luz LED turquesa frente a azul de igual irradiación en neonatos icterizados. *Pediatr Res*. 2016 Feb; 79(2):308-12. doi: 10.1038/pr.2015.209. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26484622. <https://bit.ly/3sAHn71>

21. Mreihil K, Madsen P, Nakstad B, Benth JŠ, Ebbesen F, Hansen TW. Formación temprana de isómeros de bilirrubina durante la fototerapia para ictericia neonatal: efectos de lámparas fluorescentes simples frente a dobles frente a fotodiodos. *Pediatr Res*. 2015 Jul; 78(1):56-62. doi: 10.1038/pr.2015.61. Epub 2015 20 de marzo. PMID: 25794186. Disponible en: <https://bit.ly/2QEqUS3>

22. Kumar P, Chawla D, Deorari A. Fototerapia con diodo emisor de luz para la hiperbilirrubinemia no conjugada en neonatos. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 12. Art. No.: CD007969. DOI: 10.1002/14651858.CD007969. Disponible en: <https://bit.ly/3vcf94t>

23. Durán, M., García, J.A., Sánchez, A., Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015; 12(1):41-45. Disponible en: <https://bit.ly/3xlSTXz>

24. Meritano J, Solana C, Soto C, Nieto R, Colares J. Comparación de la eficacia de la fototerapia convencional con tubos de luz azul vs. LEDs. *Revista del hospital Materno infantil San Ramón Sarda* [internet]. Disponible desde 2012 en: <http://bit.ly/2tUO7Vb>

25. Manterola DC, Zavando MD. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2009 Dic [\[Consultado noviembre 2020\]](#); 61(6): 582-595. Disponible en: <https://bit.ly/31IY2ub>

**ISSN:  
2448-7767**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL  
ENERO DE 2022**



Reserva de derechos al uso exclusivo **04-2016-082915573100-203**. Facultad de Enfermería ubicada en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, C. 90 s/n x 59 y 59ª Contiguo al Hosp. O'Horán, Código Postal 97000. Tel. 924-22-16 Ext. 35106, Fax 928-52-50 Ext. 1028.