



## Artículos de investigación

Bienestar en adolescentes embarazadas: comparación entre embarazo intencional y no intencional.

Factores que influyen en el incumplimiento en el esquema de vacunación en niños de 0 a 9 años .

Adecuación de energía y nutrimentos de la dieta con IMC y nivel socioeconómico, en preescolares.

Comportamiento alimentario en adolescentes con base en el nivel socioeconómico.

## Artículo de opinión

El cuidado del adulto mayor desde la formación del estudiante de licenciatura en enfermería.



# Revista Salud y Bienestar Social

Facultad de Enfermería-UADY

## Volumen 3, Número 2

## Julio-Diciembre de 2019

### Comité Editorial

Ligia María Rosado Alcocer  
Lucy Minelva Oxté Oxté  
Glendy del Pilar Pérez Góngora  
Janet Carolina Negrón Espadas  
Universidad Autónoma de Yucatán, México

### Consejo editorial

Dra. Lorena Chaparro Díaz  
Universidad Nacional de Colombia

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

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier  
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Martín Castro Guzmán  
Universidad Autónoma de Yucatán

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

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Carolina Elizabeth Medina Escobedo  
Instituto Mexicano del Seguro Social

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

Dr. Saul May Uitz  
Universidad Autónoma de Yucatán

## CONTENIDO

<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	<b>Página</b>
<b>Bienestar en adolescentes embarazadas: comparación entre embarazo intencional y no intencional</b> Emilio Alejandro Bartolo Velázquez, Elías Alfonso Góngora Coronado, Pedro Antonio Sánchez Escobedo <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	<b>1</b>
<b>Factores que influyen en el incumplimiento en el esquema de vacunación en niños de 0 a 9 años</b> Gilberto Sierra Basto Paola Carolina Castellanos Escalante <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	<b>17</b>
<b>Adecuación de energía y nutrimentos de la dieta con IMC y nivel socioeconómico, en preescolares</b> María del Rosario Barradas Castillo Fibi Coop Gamas María Luisa Avila Escalante Arturo Pérez Laynes <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	<b>32</b>
<b>Comportamiento alimentario en adolescentes con base al nivel socioeconómico</b> Bianet Gómez Rodarte Karla Elizabeth Estrada Contreras <i>Centro Universitario UTEG</i>	<b>41</b>
<b>ARTÍCULOS DE OPINIÓN</b>	
<b>El cuidado del adulto mayor desde la formación del estudiante de licenciatura en enfermería</b> Laura Pueblito Centeno Parra Adriana Martínez Díaz Alberto Juárez Lira Gabriela Palomé Vega Carlos Guzmán Martínez Ruth Magdalena Gallegos-Torres <i>Universidad Autónoma de Querétaro</i>	<b>52</b>

## ARTÍCULO ORIGINAL

---

# Bienestar en adolescentes embarazadas: comparación entre embarazo intencional y no intencional

Well-being in pregnant adolescents: comparison between intentional and unintentional pregnancy

Emilio Alejandro Bartolo Velázquez<sup>1</sup>, Elías Alfonso Góngora Coronado<sup>2</sup>, Pedro Antonio Sánchez Escobedo<sup>3</sup>

---

### RESUMEN

Conocer el impacto del embarazo intencional y no intencional en el bienestar adolescente tiene implicaciones importantes para la salud. **Objetivo.** identificar el nivel de bienestar de adolescentes embarazadas con intención y no intención del embarazo. **Material y método.** a través de una aproximación metodológica predominantemente cualitativa, complementada con herramientas cuantitativas. Se realizaron entrevistas a dos grupos y se aplicó la escala PERMA a 81 adolescentes embarazadas. **Resultados.** Se encontró un nivel de bienestar alto en ambos grupos, lo cual, se explica por el significado que tiene la maternidad para las adolescentes. Se observó que el embarazo representa una experiencia positiva, llena de significado y representa un logro en sí mismo. **Conclusiones.** Asimismo, se resalta la importancia de tomar en cuenta la intencionalidad del embarazo adolescente para ajustar las políticas públicas enfocadas a la prevención del mismo.

**Palabras clave:** bienestar, embarazo intencional, embarazo adolescente.

### ABSTRACT

Knowing the impact of intentional and unintentional pregnancy on adolescent's well-being has important implications for health. **Objective.** of the study was to identify the level of well-being of pregnant adolescents with intention and not intention of pregnancy. **Material and Methods.** through a predominantly qualitative methodological approach complemented with quantitative tools. Interviews were conducted with two groups and the PERMA scale was applied to 81 pregnant adolescents. **Results.** A high level of well-being was found in both groups; this is explained by the meaning of motherhood for adolescents. It was observed that, for adolescents and their partners, pregnancy represents a positive experience, full of meaning and represents an achievement. **Conclusions.** Likewise, the importance of taking into account the intentionality of adolescent pregnancy to adjust policies focused on the prevention of it is highlighted.

**Keywords:** well-being, intentional pregnancy, teenage pregnancy.

---

<sup>1</sup>Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Autónoma de Yucatán. Yucatán, México.

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

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

Recibido: 14 de marzo de 2019.

Aceptado: 6 de mayo de 2019.

Correspondencia para el autor: Emilio Alejandro Bartolo Velázquez. Calle 20, Pedregales de Tanlum. C.P. 97205. Mérida, Yucatán, México. emilio.bartolo@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Uno de los temas de gran importancia para las ciencias sociales es el embarazo adolescente. A un nivel macrosocial, se considera un problema poblacional, de género, educativo, de salud, de derechos humanos, de libertad y de desarrollo en las y los adolescentes (Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE], 2010; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2013). Asimismo, a un nivel micro-social, se relaciona con prácticas de aborto clandestino, anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o inmaduro, toxemia, hipertensión, placenta previa, incompetencia cervical, infecciones, etc. (Blázquez, 2012). De igual forma, a nivel psicosocial, se asocia con uniones tempranas, deserción escolar, problemas económicos, uniones conyugales inestables y violencia intrafamiliar (Mora-Cancino y Hernández-Valencia, 2015; Romero, 2016). Con esto, es claro que las consecuencias negativas de un embarazo adolescente son muy estudiadas y el interés por abordarlo es patente con la creación en México de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente ([ENAPEA], 2015). Sin embargo, también son importantes las investigaciones sobre la intencionalidad de los embarazos adolescentes, pero existen menos estudios sobre el tema.

En relación con lo anterior, investigar la intencionalidad de los embarazos adolescentes es importante debido a que, con ello, se entiende la conducta asociada a la fecundidad adolescente y sus efectos en la

salud y bienestar de la madre y el niño (Llanes, 2012; Mercedes, 2013). Asimismo, investigar el tema aclara si la intencionalidad es resultado de prácticas tradicionales y culturales de sectores populares que normalizan la maternidad o, por otro lado, del incumplimiento de un derecho reproductivo fundamental que permite a los adolescentes decidir entre cuántos hijos tener y en qué momento (Comisión Económica para América Latina [CEPAL], 2017). Como se mencionó previamente, la intencionalidad del embarazo adolescente es poco estudiada, pero existen algunas investigaciones al respecto.

En este sentido, la intencionalidad del embarazo en las adolescentes se relaciona con distintos factores, entre los que destacan: deseo del embarazo, sexo con mayor frecuencia y sin protección (Ruchman, Jemmott y Jemmott, 1997); étnia, estado civil, abandono de los estudios (Mercedes, 2013; Rubin e East, 1999); actitudes hacia los métodos anticonceptivos (Rosengard, Phipps, Adler y Ellen, 2006); bajo poder de la mujer en la relación, una pareja estable (Rocca, Doherty, Padian, Hubbard y Minnis, 2010); la importancia que asignan las adolescentes a la maternidad y autoidentificación (McQuillan, Greil y Shreffler, 2011) y el contexto sociocultural (Álvarez, Pastor, Linares, Serrano y Rodríguez, 2011). En el mismo sentido, se realizaron investigaciones que describen el embarazo adolescente como deseado y esperado porque las parejas se centran en

aspectos positivos del mismo (García y Barragán, Correa, García y Espinoza-Romo, 2017; Stern, 2012). Las investigaciones anteriores muestran que estudiar la intencionalidad es importante para comprender las causas de los embarazos a temprana edad. Sin embargo, hasta el momento no se encontraron investigaciones que comparen la influencia que tienen, tanto los embarazos intencionales como los no intencionales, en las adolescentes.

Por consiguiente, una opción para comparar las diferencias entre un embarazo intencional y uno no intencional en las adolescentes, es a través de medir su bienestar. Este concepto se relaciona, asimismo, con conceptos como la felicidad, bienestar subjetivo, bienestar intersubjetivo, bienestar social y calidad de vida (Várguez, 2016; Meneses y Ruiz, 2016). De igual forma, su medición permite conocer datos vinculados positivamente con la salud, el bienestar físico, social y mental de las

personas, no solamente con la ausencia de afecciones o enfermedades (Domínguez e Ibarra, 2017; Organización Mundial para la Salud [OMS], 2018). En este tenor, existen numerosas escalas e indicadores que se encargan de esta medición, las cuales pueden dividirse en dos categorías. Están las escalas objetivas, que se enfocan en aspectos tangibles y materiales del bienestar (Blanco y Díaz, 2005; Vega y Lamote, 2008, European Commission, 2018) y las escalas subjetivas, que se enfocan en aspectos menos tangibles del bienestar (Ryff, 1989; Keyes, 1998; Ryff y Keyes, 1995, Ryan y Deci, 2000; Seligman, 2008). En esta última categoría se encuentra la escala de bienestar PERMA la cual, se considera pertinente para hacer la medición del bienestar.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Tomando en cuenta lo anterior, y debido a que se tiene poca información acerca de la influencia que tiene la intencionalidad del embarazo en el bienestar de las adolescentes, el presente estudio tuvo como objetivo el siguiente:

Identificar el nivel de bienestar entre adolescentes embarazadas con intención y no intención del embarazo.

Para ello, la investigación se desarrolló metodológicamente desde una postura

paradigmática predominantemente cualitativa, complementada con herramientas cuantitativas. Es decir, se utilizó un método fenomenológico definido por Martínez (2004) como el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por las personas y, como ya se mencionó, la escala PERMA midió el bienestar de las participantes.

Al respecto, la muestra fue de 85 mujeres adolescentes embarazadas que asistieron a

su cita de seguimiento en el Hospital Materno Infantil (HMI) de la ciudad de Mérida, Yucatán, México. Cabe señalar que, aunque algunos varones, parejas de las adolescentes, también asistieron a las citas y estuvieron presentes en un par de entrevistas, no se les aplicó la escala PERMA. El estudio se realizó de abril a mayo de 2018. Las participantes tenían más de 28 semanas de embarazo y se seleccionaron con base en la definición de la OMS (2014). La cual, señala que la adolescencia es el periodo de vida que comprende entre los 10 y 19 años.

En el mismo sentido, el grupo de “embarazo intencional” se integró por 43 mujeres adolescentes, lo que representó el 50.6% de la muestra. Por otro lado, las mujeres que se agruparon en la categoría de “embarazo no intencional” fueron 42, es decir, el 49.4% del total. El promedio de edad fue de 16.7 años, el 72% de las adolescentes esperaba a su primer hijo y el resto tenía uno (12.9%), dos (10.6%) o tres (1.2%). Por medio de las propias adolescentes, se obtuvo el dato de la edad de sus parejas al momento del embarazo. Se encontró que el 77.4% de la muestra tenía entre 14 y 20 años. De igual forma, la edad de las parejas (varones) de las adolescentes que más se repitió fue: 17 años (22.4%), 18 años (17.6%) y 20 años (10.6%).

Por otro lado, el estado civil que más se reportó fue la unión libre (81.2%), seguida de la soltería (12.9%) y finalmente el matrimonio (5.9%). Con respecto al empleo, en su mayoría, las adolescentes reportaron no tener un trabajo remunerado (63.5%), también se consideraron amas de casa (24.7%) y en menor medida estudiantes (7.1%). En lo concerniente a las prestaciones, sólo el 2% reportó contar con ellas. A su vez, los niveles de estudios encontrados fueron: secundaria inconclusa (40%), seguida en igual medida de secundaria concluida (25.9%) y preparatoria inconclusa (25.9%). Particularmente, de la muestra señalada, se seleccionó a 22 mujeres participantes para realizarles una breve entrevista. En esta muestra, once madres adolescentes conformaron el grupo de embarazo intencional y, otras once conformaron el grupo no intencional, para que pudieran describir con mayor precisión las respuestas que habían escrito en sus respectivas escalas (ver Tabla 1). Cabe señalar que algunas de las adolescentes estaban acompañadas por sus parejas al momento de las entrevistas, y aportaron información a la misma, sin embargo, no se presentan los datos de ellos.

Tabla 1.

Participantes embarazadas intencionalmente (EI) y no intencionalmente (ENI)			
Participantes (EI)	Edad	Participante (ENI)	Edad
Adol1.	18	AdolNoIn1	17
Adol2.	18	AdolNoIn2	17
Adol3.	16	AdolNoIn3	16
Adol4.	17	AdolNoIn4	18

Adol5.	18	AdolNoIn5	14
Adol6.	16	AdolNoIn6	16
Adol7.	17	AdolNoIn7	17
Adol8.	15	AdolNoIn8	18
Adol9.	18	AdolNoIn9	18
Adol10.	17	AdolNoIn10	15
Adol11.	17	AdolNoIn11	17

Como se mencionó previamente, la variable bienestar fue conceptualizada con base en la teoría PERMA propuesta por Seligman (2011). Esta escala ha sido estudiada con una población internacional superior a 31,900 participantes (Butler y Kern, 2016) obteniendo una confiabilidad aceptable (alfa de Cronbach de 0.88), y evidencia de validez convergente y divergente. Asimismo, en México la escala fue validada por Góngora y Vásquez (en prensa), donde obtuvo una confiabilidad aceptable (alfa de Cronbach de 0.87), y el análisis de componentes rotados mostró factores un poco diferentes, aunque congruentes con la teoría y que juntos explicaron el 54.5% de la varianza. De igual forma, la escala probó su utilidad como modelo de intervención en los Emiratos Árabes Unidos (Lambert, D y Pasha-Zaidi, 2016). Por otro lado, la variable embarazo intencional y no intencional se conformó con base en las definiciones de Rosengard, et al. (2006) y Rocca, et al. (2010), las cuales señalan que el embarazo intencional adolescente es aquel que es deseado y planeado. De manera que, a todas las adolescentes que contestaron afirmativamente a los ítems: “mi embarazo fue planeado” y “mi embarazo fue deseado” se les agrupó en la categoría de “embarazo

intencional”. Mientras que a aquellas que contestaron negativamente a alguno de los ítems, se les agrupó en la categoría de “embarazo no intencional”.

Por otro lado, se utilizó una encuesta de 25 reactivos. Los primeros 10 ítems corresponden a datos socioeconómicos de las participantes y, los 15 restantes a la escala PERMA. Los primeros datos que se preguntaron fueron la edad, número de hijos, edad de la pareja en el momento del embarazo, estado civil, empleo, prestaciones y nivel de estudios cursados. Posteriormente, los ítems que midieron el bienestar se presentaron en una escala tipo Likert, la cual, contó con tres reactivos por dimensión. La dimensión Emociones Positivas, midió aspectos relacionados con la felicidad, la satisfacción con la vida, placer, éxtasis, comodidad y calidez. La dimensión Entrega, se enfocó en el “fluir” o “flow” (Csikszentmihalyi, 1990; 2014). La dimensión Relaciones Interpersonales Positivas, midió la influencia de las relaciones positivas en el bienestar de la persona. La dimensión Sentido, se relacionó con el sentimiento de pertenecer y estar al servicio de algo que uno considera más importante que el “yo” (Seligman, 2011). Por último, la dimensión Logro, se enfocó en el éxito, las victorias, los

rendimientos y el virtuosismo que las personas buscan por su valor intrínseco, aunque no de forma exclusiva (Seligman, 2011).

En total, los 25 ítems se agruparon en un documento de tres cuartillas cuyo tiempo de aplicación fue aproximadamente de 7 minutos. Se aclaró verbalmente que era una aplicación confidencial y se les invitó a responder con honestidad. Por otro lado, las entrevistas llevaron entre 20 y 30 minutos cada una. Asimismo, a algunas participantes se les ayudó en su aplicación debido a que no entendían algunas palabras o tenían dificultades para leer. La encuesta y la entrevista se aplicaron en el HMI, como se explicará a continuación.

La aplicación de la encuesta se realizó con ayuda del departamento de “Admisión hospitalaria” del HMI. Este departamento fue el encargado de recibir a las personas que llegaron al Hospital con una cita previa. Las asistentes pasaron a la ventanilla del departamento de acuerdo con el orden en que llegaron y se formaron. En ventanilla se les pidió su número de Seguro Social y Carné, estos documentos sirvieron para asignar el consultorio en el que recibieron su seguimiento médico. Una vez asignado el número de consultorio, la encargada de

ventanilla les preguntó a las mujeres su edad; a las que dijeron que tenían menos de 19 años, se les pidió que contestaran la escala.

Después de responder a la escala, se identificó a aquellas adolescentes que respondieron que su embarazo fue intencional y se les preguntó si podían participar en una entrevista, la cual, se realizó con base en la metodología cualitativa (Martínez, 2004) y para la cual, se elaboró una guía de acuerdo con las dimensiones de la teoría del bienestar del PERMA (Seligman, 2011). A aquellas que accedieron a participar en la investigación, se les pidió firmar un consentimiento informado y posteriormente, se procedió con la entrevista. Una vez alcanzado el punto de saturación de la información, se repitió el mismo procedimiento, ahora con las adolescentes que reportaron su embarazo como no intencional. Cada encuesta y aplicación fue confidencial, en ningún momento las participantes anotaron sus nombres. De igual forma, las entrevistas se audiograbaron y, cada una firmó un consentimiento informado, para cumplir con los criterios éticos. Por otro lado, se recopiló una muestra representativa de más de 80 casos, la cual se describirá a continuación.

## RESULTADOS

Se utilizó la prueba no paramétrica Kilmogorov Smirnov para identificar si las muestras de los grupos “embarazos intencionales” y “no intencionales” se distribuyeron de forma normal. Para ello, se

estableció un nivel de significancia de 0.05. Se encontró, por un lado, que el valor P para el grupo intencional fue de 0.117, es decir, mayor que el nivel de significancia. Por otro lado, el valor P encontrado para el grupo no

intencional fue de 0.222, es decir, también mayor que el nivel de significancia. Por lo tanto, se concluyó que no hubo diferencias entre la distribución de ambos grupos. Posteriormente, se utilizó la prueba estadística t para muestras independientes con el objetivo de comparar las medias de los dos grupos. Para ello, se estableció el nivel de significancia en 0.05. En este sentido, se observó que el P-valor fue de 0.206, el cual, es mayor que el nivel de significancia, por lo tanto, se concluyó que no hubo diferencias entre la media de los grupos con respecto a su bienestar.

Como se mencionó previamente, se aplicó la escala a 85 mujeres participantes

(N=85). A partir de la aplicación se obtuvo una Media y Desviación Estándar (DE) de cada dimensión. Se observa que la dimensión Emociones Positivas posee la mayor Media (4.81) y, por el contrario, la dimensión Entrega posee la menor (4.09). Correspondientemente, se observa que la mayor Desviación Estándar, pertenece a la dimensión Entrega (.79), mientras que la menor es de la dimensión Emociones Positivas (.33) (ver Tabla 2).

Tabla 2

RELACIÓN DE MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LAS CINCO DIMENSIONES DE LA PRUEBA DEL PERMA N=85		
Dimensión	Media	DE
1. Emociones Positivas	4.81	.334
2. Entrega	4.09	.790
3. Relaciones Interpersonales Positivas	4.74	.398
4. Sentido	4.63	.446
5. Logro	4.26	.714

**Fuente:** Elaboración propia.

Por otro lado, se obtuvo el puntaje promedio de cada adolescente por factor del PERMA (media teórica=3). Se observó un nivel de bienestar alto para ambos grupos. Las diferencias más significativas se encontraron entre las dimensiones Entrega (.3),

Relaciones Interpersonales Positivas (.3) y Logro (.3). Las primeras dos diferencias, a favor del grupo ENI y la tercera a favor del grupo EI. Esto se puede apreciar en la Tabla 3.

TABLA 3

COMPARATIVA ENTRE EL GRUPO EI Y ENI POR DIMENSIÓN DEL PERMA

Grupo de adolescentes	Emociones positivas	Entrega	Relaciones Interpersonales Positivas	Sentido	Logro	PERMA
EI	4.9	4.0	4.4	4.4	4.3	

ENI	4.7	4.3	4.7	4.5	4.0
-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Fuente:** Elaboración propia.

Las diferencias que se aprecian en la Tabla 3 se describen con mayor profundidad en la siguiente sección. La cual, se divide en cinco, cada una correspondiente a las dimensiones del PERMA. Aquí se recupera la información cualitativa proporcionada por las adolescentes para comprender la experiencia del bienestar en el embarazo desde la perspectiva subjetiva de las mismas mujeres.

#### **Dimensión Emociones Positivas**

Como se observó anteriormente, esta dimensión obtuvo altos puntajes para ambos grupos (EI y ENI). Entre las palabras que utilizaron para describir su estado emocional se encontraron: “felicidad”, “entusiasmo”, “alegría”, “satisfacción” y “bonito”. Estos sentimientos se presentaron principalmente por dos razones, la llegada del bebé y el sentirse acompañada en la vida. Un ejemplo muy claro fue el de Adol5, quien señaló: “estoy feliz (de estar aquí en el HMI) porque ya quisiera saber cómo está mi bebé, cómo se va a ir desarrollando... Estoy feliz porque ya mero nace”. Asimismo, otra situación que le tenía muy feliz era vivir con su pareja: “a pesar de que es muy mayor a mí, estoy viviendo muy feliz con él... muchos pensaban que cuando estás embarazada, pues te dejan, que un bebé cierra el camino... Él se hizo responsable de mí y decidió aceptarme”. Esto indica que el ver cubiertas sus expectativas es un factor importante para la felicidad de la adolescente.

Asimismo, algunas adolescentes reportaron que sus Sentimientos Positivos se debían al hecho de sentirse acompañadas. Por ejemplo, el caso de Adol1, quien también mencionó sentimientos menos positivos: “hay momentos en que me pongo triste, porque dejé a mi mamá. Pero, luego digo que sí, porque mi mamá tiene a mis hermanitos y a su pareja. Ahora yo tengo a mi pareja y mi hijo para ayudarlos”. Otro ejemplo, es el caso de Adol3, quien sólo se enfocó en los Sentimientos Positivos, pues describió: “el sentimiento de tener a alguien mejoró mi vida, ahora tengo con quien platicar y contarle problemas del bebé”. De igual forma, los sentimientos positivos no fueron exclusivos de las adolescentes del grupo EI. Por ejemplo, AdolNoInt7 mencionó: “estoy contenta, ya que estoy esperando al bebé”. Ella, fue acompañada al HMI por su pareja, quien también compartía el sentimiento: “estoy emocionado y nervioso”.

En contraste con lo ya mencionado, las entrevistas al grupo ENI registraron que se experimentan emociones no tan positivas. Por ejemplo, AdolNoInt1 dijo “había tenido un aborto, eso fue un golpe fuerte y bajo”. Durante la entrevista lloró al contar los miedos que experimentó al enterarse que estaba embarazada “tengo miedo de que me vuelva a pasar (un aborto espontáneo). No sé como decirlo, jamás pensé que me iba a tener un aborto. No me gusta recordarlo, se me hace muy difícil hablar de eso. Ese miedo no se me quita”. Algo similar ocurrió con

AdolNoInt2 quien dijo: “(cuando me enteré de que estaba embarazada) reaccioné con miedo, aunque mi pareja reaccionó bien. A él le gustó la idea, pero a mí no”. Esto puede indicar que, para las adolescentes, el embarazo no intencional puede generar sentimientos paralizantes como el miedo. Sin embargo, cuando observamos que la diferencia entre los promedios de la dimensión Emociones Positivas de ambos grupos fue mínima, podríamos inferir que la intencionalidad no jugó un papel importante para experimentar Emociones Positivas. Esto tiene sentido al relacionarlo con los resultados encontrados por Rocca et al. (2010), pues ellos señalaron que el deseo del embarazo no se relacionaba con la felicidad que experimentaban las adolescentes. Por lo tanto, parece que la experiencia misma del embarazo y el apoyo encontrado en las personas cercanas fue más importante para que los sentimientos positivos aparecieran. La importancia de esta dimensión radica en que, como señala Seligman (2011), la vida placentera es el primer elemento de la auténtica felicidad.

### **Dimensión Entrega**

El segundo elemento del bienestar PERMA es la Entrega. Aquí se exploró la experiencia subjetiva de las adolescentes en relación con el sentimiento de fluir, o “flow”. En este sentido, Seligman (2011) señalaba que algunas frases que se podrían expresar eran: “fue divertido” ó “ha sido maravilloso”. Sin embargo, las adolescentes no se concentraron en describir las experiencias (como en los ejemplos propuestos por el autor), sino en las actividades que la

generaron. Por ejemplo, del grupo EI, Adol4 reportó: “cuando estoy dibujando siento que se me va el tiempo, aunque no dibujo mucho, cuando lo hago lo disfruto”. Algo similar ocurrió con Adol5 quien señaló que lo que más disfruta es: “salir a pasear”. Esta experiencia también se presentó en el grupo ENI, por ejemplo, AdolNoInt7 dijo: “disfruto acostarme a dormir... También me entusiasma la idea de aprender a cuidar a mi bebé”. Asimismo, ella mostró en que momentos no percibe estar en estado flow: “disfruto cuando estoy limpiando mi casa, no disfruto cuando estoy peleando o discutiendo”.

Otro aspecto importante en esta dimensión fue que la experiencia de entrega también la relacionan con una personalidad distraída. Este fue el caso de AdolNoInt6, quien relacionó el sentido de pérdida de tiempo con el olvidar las cosas. Lo mismo, ocurrió con Adol1, quien señaló que “hay momentos en que me siento concentrada y otros en que no”. Esto sugiere que las adolescentes encontraron lo que Csickenhaily (1990, 2014) llama “fluir”. Pues la característica de este estado es que el pensamiento y el sentimiento suelen desaparecer mientras se fluye, y sólo se pueden hacer expresiones a posteriori. Sin embargo, a pesar de que experimentaron el estado de flow, pareciera que no disfrutaron mucho expresando esta experiencia. Posiblemente porque “perder el tiempo” en nuestro contexto, está relacionado con características de una persona floja y no productiva. Lo que las otras personas pueden ver como negativo.

### **Dimensión Relaciones Positivas**

En cuanto a las Relaciones Interpersonales Positivas, Seligman (2011) señala que “la vida en sociedad es la forma más exitosa de adaptación superior conocida” (p.39), este argumento le sirve al autor para poner a las relaciones como un elemento básico del bienestar. En este sentido, parece que las adolescentes embarazadas consiguieron adaptarse de forma exitosa con su entorno. Es decir, sin importar el grupo al que pertenecieran, se sintieron amadas, satisfechas y apoyadas por las personas a su alrededor. Principalmente, se pudo observar que las relaciones positivas más importantes en el entorno de las adolescentes fueron la familia nuclear, la familia extensa, la pareja y, en menor medida, las amistades.

Al respecto, Adol8 señaló que se sentía amada por su mamá, su pareja, abuelita y por la familia de su pareja. Asimismo, a pesar de que al principio su madre no estaba contenta con el embarazo, le dijo que la iba a apoyar con todo, promesa que “está cumpliendo”. En la misma línea, el apoyo se enfocó en el cuidado de los hijos. Así ocurrió con Adol1, cuyos familiares son un importante impulso para continuar con sus estudios. Ella dijo: “el apoyo de la familia fue importante cuando tuve a mi primer bebé, pues mi papá lo bañaba. Yo lo vine a bañar como al mes, cuando él me ayudaba... Ahora, cuando (mi hija) nazca y tenga edad suficiente, se la podré dejar a mi suegra para que la cuide mientras voy a la escuela”. Como ya se mencionó, el apoyo también vino de la familia extensa, principalmente de la

suegra: “tengo la ayuda de mi suegra y mi mamá para cuidarla” (Adol2). Esto también le ocurrió a Adol4, quien siente el apoyo de su suegra cuando le cuida a su niña. Por su parte, para Adol3 su pareja es la principal fuente de apoyo: “(con él) no estoy sola”.

Ahora, si bien los dos grupos obtuvieron un puntaje alto en esta dimensión, el grupo ENI obtuvo un puntaje un poco mayor que el EI. Las Relaciones Interpersonales Positivas también fueron múltiples y en distintas áreas para el grupo ENI, pero aquí, reportaron un apoyo más específico que no se mencionó en el grupo anterior, es decir, el económico. Al respecto, AdolNoInt3 fue muy clara en las áreas en las que sentía el apoyo: “mi esposo me apoya, económica y moralmente”. En cuanto a los padres, AdolNoInt2 comentó: “mi mamá me regañó (cuando se enteró que estaba embarazada), toda mi familia me regañó, pero nos apoyaron en todo sentido, económico y sentimental. Mi papá nos apoya cuando tengo compras. También, nos dejan vivir en su casa, hasta me construyeron un cuarto y me quedé a vivir ahí con mi pareja”. Este apoyo fue “algo bonito, no me lo esperaba”. Paralelamente, AdolNoInt1, sintió el apoyo de su suegra desde que tuvo a su primer hijo “mi suegra es la que me cuidaba a los dos niños cuando iba a la escuela, y a veces mi suegro también los cuidaba”. Estas expresiones sugieren que el apoyo resignificó la relación entre las adolescentes y sus padres. Al punto de que se pudieran sentir con mucho mayor apoyo del que sentían previamente al embarazo.

### **Dimensión Sentido**

Como se pudo observar en la Tabla 3, no hubo una diferencia significativa entre los grupos EI y ENI en relación con el cuarto elemento del bienestar PERMA, el Sentido. De acuerdo con Seligman (2011), esta dimensión se refiere a pertenecer y estar al servicio de algo que uno considera más importante que el “yo”. En múltiples respuestas, esto se relacionó principalmente con la familia. Por ejemplo, se pudo ver claramente en lo que AdolNoInt6 dijo: “mi sentido es tener una familia eterna, que no me separe de mi esposo”. Algo similar mencionó Adol11: “seguir adelante a pesar de que tengo un hijo”. Al igual que lo que comentó AdolNoInt8: “tener una familia y mi bebé”.

No obstante lo anterior, parece que algunas adolescentes cuentan con grados académicos para proveer de mejor forma a su familia. Esto se pudo observar claramente con lo que dijo AdolNoInt11: “Son como metas, pues aún cuando estoy embarazada necesito seguir estudiando. Seguir con mis metas. Después de mi prepa, me gustaría empezar a trabajar, si se puede también mi carrera y terminarla. Porque dicen que no es bueno depender de nadie”. Esto se relaciona también con lo que dijo Adol5, quien señaló que su mayor deseo “es tener una carrera y ser profesionista”. Asimismo, Adol8 comentó: “quiero seguir estudiando para poder trabajar, sino no me van a dar trabajo... o los trabajos que tenga no serán suficientes para mantener a mi hija”. Esto se relaciona con lo que Seligman (2011) señaló con respecto a que el Sentido se compone por los juicios que los demás tengan sobre el

sentido de la persona. Es decir, que el tener familia implica una responsabilidad ante la sociedad por lo que las adolescentes sienten que tienen que asumirla a través de cubrir con una meta académica.

### **Dimensión Logro**

Para concluir con la parte del Bienestar PERMA, se describirán los resultados relacionados con la dimensión Logro. De acuerdo con Seligman (2011), este elemento hace referencia a que las personas persiguen el éxito, los logros, las victorias, los rendimientos y el virtuosismo por su valor intrínseco, aunque no de forma exclusiva. El Logro obtuvo un puntaje superior en el grupo EI en comparación con el grupo ENI. Esto puede indicar que el embarazo, al ser intencional, fue un logro más que consiguieron en sus vidas. Esta idea queda claramente descrita en lo que reportó Adol7: “Quiero terminar mis estudios. Porque lo del bebé ya estuvo. Quiero ser contadora o maestra. Soy buena en matemáticas. No sé si voy a ser buena con los niños o no, lo vamos a averiguar”.

Las otras adolescentes no fueron tan claras en señalar que habían conseguido la meta de la maternidad, sin embargo, sí describieron tener metas claras. Por ejemplo, Adol1dijo: “ahorita, que crezca bien el bebé...voy a seguir con los estudios”. En la misma línea, se puede observar que algunas de las participantes mostraron tenacidad para continuar con los estudios. Este fue el caso de Adol5, quien dijo: “Ahorita estoy terminando mi prepa y pues ahorita ya llevo cuatro meses estudiando. De hecho, estoy pensando estudiar una carrera que es

pediatría”. Algo similar comentó Adol4: “quiero terminar ahora que nazca mi bebé, quiero seguir estudiando”. Asimismo, Adol6 señaló: “Cuando ella (mamá) vio que yo si quería terminar mi secundaria y la logré terminar y todo eso, es en que me quiso apoyar... cuando empecé a tener los problemas con mi mamá empecé a faltar y pues yo no quería”. En este sentido, Adol3 parecía tener claro que continuar con sus estudios implicaba sacrificios. Ella dijo: “sí, voy a descuidarlos (refiriéndose a sus hijos) o no pasar tiempo con ellos, pero vas a prosperar o tener un mejor trabajo o darles algo bien a tus hijos”.

Por otro lado, en el grupo ENI, algunas de las respuestas indicaban que las adolescentes se sentían un poco más alejadas de la experiencia de estar alcanzando un Logro, pues indicaban que no estaban en control de lo que les ocurrió. Al respecto, tres de las adolescentes, lo describieron de forma clara: “Me sacaron de la escuela porque pensaron que estaba embarazada cuando no era así. En total, me quedé sin estudiar en este año, me quedé en segundo de secundaria. Ya iba a comenzar mi tercer año. Ese día no me podían inscribir porque pensaron que estaba embarazada y para no hacer muchos gastos dijeron que no me estudie hasta el año próximo” (AdolNoInt4). Esta idea refleja, contrario a lo que comentaron en el grupo EI, que fueron las circunstancias o los padres quienes guiaban las decisiones. Concordantemente, AdolNoInt7 mencionó: “Me desanimé de estudiar y la dejé así de la nada y me puse a trabajar. Tenía 15 años. Iba en tercero de

secundaria y ya había reprobado materias. De por sí iba a tener que repetir todo tercero de secundaria”.

Asimismo, la tenacidad por alcanzar las metas también se pudo observar en este grupo. Por ejemplo, AdolNoInt9 dijo: “No he dejado la escuela. Me está yendo bien. Me gusta aprender más e ir a la escuela”. Otro ejemplo, fue el de AdolNoInt11, pues mencionó: “Ya había terminado mi secundaria, y ya me había inscrito. Pero ya no seguí porque resultó que estaba embarazada... Pues aún cuando estoy embarazada necesito seguir estudiando. Seguir con mis metas. Después de mi prepa, me gustaría empezar a trabajar, si se puede también mi carrera y terminarla. Porque dicen que no es bueno depender de nadie. Me gustaría turismo”. No obstante, no todas las adolescentes parecen tener las competencias para alcanzar la meta. Esto fue lo que ocurrió con AdolNoInt6, quien dijo: “Iba a pasar a segundo año. No lo hice, porque troné materias y no pude continuar. Empecé a ir a asesorías pero ni así pude pasarlo. Seguí intentando, seguí presentando exámenes y todo, pero no pude. El embarazo no fue la razón por la que dejé la escuela”.

En la misma línea, parece que quienes no tuvieron suerte en terminar sus estudios por sus capacidades se trazaron otras metas. Por ejemplo, en el caso de AdolNoInt6, ahora tiene trazada la meta de casarse. En el caso de AdolNoInt7 mencionó que una de sus metas era conseguir sus cosas, en particular: “mi lavadora”. Esto, se relaciona con lo que Seligman (2011) señaló con respecto a que el

Logro se puede presentar de dos formas: por un lado, el logro momentáneo, como la lavadora, y por otro lado, el de largo plazo, “la vida conseguida”. En la que se pueden enmarcar las metas de estudios o casarse, pues ambas implican un proceso largo de planeación y constancia.

Con este el análisis de los Logros, se pudo observar que el embarazo influyó en el abandono de la escuela. Sin embargo, no fue determinante para el abandono de los estudios. Si bien, dejar la escuela fue común para ambos grupos, para el grupo ENI, la escuela había cobrado importancia a raíz del embarazo, a causa de las nuevas responsabilidades a las que se estaban enfrentando. No así para el grupo EI, para quienes la importancia de la escuela parecía ser la misma.

En conjunto, se puede decir que el bienestar de las adolescentes embarazadas de ambos grupos coincidió en las siguientes dimensiones del PERMA: 1) la experiencia de las emociones positivas, 2) la entrega al

embarazo, 3) el desarrollo de las relaciones positivas con la familia, y 4) la entrega a su nuevo rol como madre. En contraste, en el grupo ENI las diferencias en ciertas dimensiones del bienestar se relacionaron en lo siguiente:

1) relaciones interpersonales. Este grupo requirió de mayor apoyo económico por parte de la familia para superar el embarazo. Otro punto es que las relaciones de pareja de este grupo experimentaron mayores crisis económicas y emocionales que, con frecuencia, les llevaron a no permanecer juntas.

2) metas y logros. Para este grupo, la meta de la educación cobró mayor relevancia durante el embarazo, que antes del mismo. Los resultados encontrados sugieren que el embarazo no intencional representa mayores retos para las adolescentes que el embarazo intencional.

## DISCUSIÓN

Los resultados cuantitativos muestran un bienestar alto para las adolescentes independientemente de la intencionalidad de su embarazo. De igual forma, los resultados cualitativos ayudan a comprender cómo la experiencia subjetiva de las adolescentes se relacionan positivamente con su bienestar. En conjunto, se observa una concordancia entre lo que reportaron Mora-Cancino y Hernández-

Valencia (2015) y Romero (2016) en relación con los problemas psicosociales relacionados al embarazo adolescente. Es decir, las uniones tempranas entre los adolescentes se relacionan con el embarazo, y la deserción escolar. Asimismo, esto coincide con lo que mencionó Clarke (2010), con respecto a que las adolescentes que querían un bebé, probablemente estaban fuera de la escuela antes de quedar embarazadas. Sin embargo,

con los datos proporcionados por las adolescentes se observa que la relación no es causal. Esto concide con lo que Stern (2012) menciona con relación al embarazo adolescente. Es decir, que el embarazo es resultado de las prácticas tradicionales y culturales de sectores populares que normalizan la maternidad. Lo que a su vez, se inclina a favor del argumento propuesto por la CEPAL, (2017) de que la maternidad adolescente es resultado de las prácticas tradicionales y culturales de sectores populares.

Asimismo, se pudo observar que para las adolescentes, el embarazo representa una experiencia positiva, llena de significado y que puede verse como un logro en sí mismo. Esto coincide con lo que reportaron García-Barragán et al. (2017) con respecto a que las y los adolescentes, relacionan la paternidad y maternidad con madurez y responsabilidad en términos positivos. Como los mismos autores explican “el embarazo se puede considerar un medio para obtener cosas como permisividad y seguridad” (p. 119). Esto también se relaciona con la falta de oportunidades y las expectativas sociales, pues al no tenerlas, la maternidad representa un camino válido y seguro para obtener reconocimiento social (Plan Internacional y Unicef, 2014).

Un aspecto importante de los resultados, que pudieran tener impacto en las políticas públicas es que habría que

atender la manera como hasta ahora se están diseñando las políticas públicas para la prevención del embarazo adolescente, ya que los resultados de esta investigación, apuntan a que la información sobre cuidados sexuales pudiera no ser de interés para una parte de las adolescentes en edad reproductiva. Especialmente, para aquellas que intencionalmente buscan su embarazo. Por lo tanto, se recomienda reforzar el segundo objetivo específico de la estrategia nacional de prevención (ENAPEA, 2015) centrado en favorecer decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes. Tomando en cuenta que, para un número importante de adolescentes la maternidad se considera una decisión libre.

Con base en resultados y reflexiones, se propone continuar con las investigaciones del bienestar de adolescentes. Particularmente se propone replicar el estudio en adolescentes que se encuentren en su primer trimestre de embarazo y adolescentes que no se encuentren embarazadas pero que deseen un embarazo. Asimismo, se proponer tomar en cuenta los resultados para ajustar las políticas públicas enfocadas a la prevención el embarazo adolescente. Finalmente, se propone continuar con el uso del concepto “embarazo intencional” y hacer la distinción entre este tipo de embarazos con los no deseados y no planeados.

## REFERENCIAS

1. Barrial A, Barrial A. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional. *Rev Contribuciones a las Ciencias Sociales*. [Internet]. 2011 [Consultado 2018 agosto 10]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/16/bmbm.html>
2. Álvarez, C., Pastor, G., Linares, M., Serrano, J., y Rodríguez, L. (2011). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Elsevier España*, 497-503.
3. Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 582-589.
4. Blázquez, M. (2012). Embarazo adolescente. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1-8.
5. Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profilier: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48. doi:10.5502/ijw.v6i3.526
6. Clarke, J. (2010). Repeat Teenage Pregnancy in Two Cultures-The Meanings Ascribed by Teenagers. *Children y Society*, 188-199.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2011). ¿Quiénes son los pueblos indígenas y afrodescendientes? el difícil arte de contar. Naciones Unidas.
8. Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the Foundations of Positive Psychology*. CA, USA: Springer.
9. Csikszentmihalyi, M., Harper, y Row. (1990). *Flow: the Psychology of Optimal Experience*.
10. Domínguez, R., y Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 660-679.
11. Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes (ENAPEA). (2015). *Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*. México, D.F.: Gobierno de la República.
12. European Commission. (19 de marzo de 2018). Beyond GDP . Recuperado el 22 de abril de 2018, de Well-being: [http://ec.europa.eu/environment/beyond\\_gdp/indicators\\_wellbeing\\_en.html#top-page](http://ec.europa.eu/environment/beyond_gdp/indicators_wellbeing_en.html#top-page)
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
14. García-Barragán, L. F., Correa, F., García, C., y Espinoza-Romo, A. (2017). El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Revista Interamericana de Psicología*, 111-121.
15. Góngora, E., y Vásquez, I. (s.f.). Validación de la escala PERMA de bienestar en el contexto de la cultura mexicana (en prensa).
16. Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). (2010). *Encuesta Nacional de Juventud*. Mérida, Yucatán; México: SEP, Gobierno Federal.
17. Keyes, C. L. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140.
18. Lambert, D & Pasha-Zaidi, N. (2016). Using the PERMA Model in the United Arab Emirates. *Springer Science+Business Media Dordrecht*. 125:905-933. doi:10.1007/s11205-015-0866-0
19. Martínez Miguélez, M. (2004). *Ciencia y Arte en la Metodología cualitativa*. México D.F.: Editorial Trillas.
20. McQuillan, J., Greil, A., & Shreffler, K. (2011). Pregnancy Intentions Among Young Women Who Do Not Try: Focusing on Women Who Are Okay Either Way. *Matern Child Health Journal*, 178-187.
21. Meneses, M., y Ruiz, S. (2016). Revisión de las principales teorías del bienestar psicológico. Medellín; Colombia: Universidad de Antioquia.
22. Mercedes, M. (2013). Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay, 1995-2008. *Rev Panam Salud Pública*, 244-251.
23. Mora-Cancino, A., y Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 294-301.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). (Septiembre de 2014). *El embarazo en la adolescencia*. Obtenido de Centro de Prensa:

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). (20 de Abril de 2018). Acerca de la OMS. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/about/es/>
  26. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (1 de September de 2009). Doing better for children. Obtenido de <http://www.oecd.org/social/family/doingbetterforchildren.htm>
  27. Plan Internacional y Unicef. (Agosto de 2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Panamá: Coordinación Plan Internacional y Unicef.
  28. Rocca, C., Doherty, I., Padian, N., Hubbard, A., & Minnis, A. (2010). Pregnancy Intentions and Teenage Pregnancy Among Latinas: A Mediaton Analysis. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 186-196.
  29. Romero, L. (2016). Impulsa Medicina Programa para prevenir embarazo adolescente. *Gaceta UNAM*, 4-5.
  30. Rosengard, C., Phipps, M. G., Adler, N. E., y Ellen, J. M. (2006). Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: a longitudinal exmination. *HHS Public Acss*, 453-461.
  31. Rubin, V., & East, P. L. (1999). Adolescent's Pregnancy Intentions: Relations to life Situations and Caretaking Behaviours Prenatally and 2 Years Postpartum. *J Adolesc Healt*, 313-320.
  32. Ruchman, M., Jemmott, J. B., & Jemmott, L. S. (1997). Intentional teenage pregnancy: correlates of children who want children. *Annual Meetinf of the American Psychological Association*, 1-10.
  33. Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). La teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 68-78.
  34. Ryff, C. (1989). Happiness is everithing, or is it? Explorations on the measuring on hedonic and audaimonic well.being. *Annual Revieww of Psychology*, 141-166.
  35. Ryff, C., & Keyes, C. (Journal of Personality and Social Psychology ). 1995. The structure of psychological well-being revisited, 1069-1081.
  36. Seligman, E. P. (2008). Posiive Health. *Applied Psychology*, 3-18.
  37. Seligman, M. E. (2011). *La vida que florece*. Barcelona, España: Ediciones B.
  38. Stern, C. (2012). El "problema" del embarazo en la adolescencia, contibuciones a un debate (Primera edición ed.). (C. d. Sociológicos, Ed.) México: El colegio de México.
  39. Vázquez, L. A. (2016). *Bienestar, buen vivir y felicidad en Yucatán*. Mérida, Yucatán, México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
  40. Vega, M., y Lamote, J. (2008). Los indicadores de bienestar desde una perspectiva de género en España. Madrid, España.

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Factores que influyen en el incumplimiento en el esquema de vacunación en niños de 0 a 9 años

Factors that influence non-compliance in the vaccination scheme in children from 0 to 9 years old

Gilberto Sierra Basto<sup>1</sup>, Paola Carolina Castellanos Escalante<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo.** Determinar el estado de vacunación en parte de la población infantil en Mérida, Yucatán y los factores asociados que predisponen al incumplimiento del esquema. **Material y método.** Estudio observacional, comparativo, longitudinal, retrospectivo. Se entrevistaron 319 padres de niños menores de 10 años, 213 con esquema de vacunación completo y 106 con esquema incompleto. Se explicaron los objetivos y se les preguntó si deseaban formar parte del estudio, se solicitó la cartilla de vacunación del niño y posteriormente se aplicó la encuesta. **Resultados.** El rango de edad de los niños fue de 1 mes a 8 años/10 meses, media de 2 años/9 meses. El porcentaje de vacunas faltantes varió según la edad del niño del 1 al 50%. Los factores asociados significativamente fueron: la edad materna al nacimiento, la escolaridad de los padres, el tiempo de traslado al centro de salud, la asistencia a citas de control, el conocimiento del esquema de vacunación y de las contraindicaciones. Aunque no fue significativo, el conocimiento del personal de salud sobre las contraindicaciones fue del 45%. **Conclusiones.** La tasa de vacunación en el estado de Yucatán está por arriba de la media nacional, sin embargo, es necesario incrementar la información y educación del personal de salud y la de los padres.

**Palabras clave:** vacunación, conocimiento vacunación, incumplimiento vacunal

### ABSTRACT

**Objective.** To determine the vaccination state in the children in Mérida, Yucatán and the associated factors to the patient compliance. **Material y método.** Observational, analytical, retrospective, cross-sectional study. We included 319 fathers of children's under ten years, 213 with complete and 106 incomplete vaccination scheme. We explain the objectives and we ask you the informed consent, the children's vaccination and the questionnaire application. **Results.** Children's age was one month to eight year and eight months. Media two years and nine months. The missing vaccination was variable, for the children's age at 1 to 50%. The significant associated factors where: age maternal at birth, parent's scholarship, the transfer time to the clinic, attendance at control appointments, knowledge of the vaccination scheme and its contraindications. Even though it was not significant, the health personnel knowledge about contraindications it was 45%. **Conclusions:** In Yucatan the complete vaccination is above the national average, but it is necessary to increase the information and education of health personnel and the children's parents.

**Keywords:** Vaccination, vaccination knowledge, vaccine noncompliance.

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

Recibido: 30 de noviembre de 2018.

Aceptado: 5 de febrero de 2018.

Correspondencia para el autor: Paola Carolina Castellanos Escalante. Calle 25 No. 102 entre 16 y 26. Col. Brisas. Mérida, Yucatán, México. México. paocastellanos09@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

A fin de garantizar la atención de las necesidades fundamentales de salud a todos los mexicanos, el Sector Salud diseñó las cartillas nacionales de salud unificadas, como el esquema a través del cual los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención en la salud que reciban en cada etapa de la vida. El esquema nacional de vacunación de niños y niñas de 0 a 9 años se vigila a través de la Cartilla Nacional de vacunación<sup>1</sup>. Esta acción comprometió a todas las instituciones a utilizar el mismo esquema y a otorgar a las familias un documento educativo y de registro de las vacunas aplicadas, primero a los niños y posteriormente a niños y adolescentes<sup>2</sup>.

A pesar de esto la UNICEF reporta que a nivel mundial 1 de cada 10 niños no tienen acceso a la vacunación, ni siquiera a las primeras dosis<sup>3</sup>. De los 194 países miembros, 125 reportaron cobertura vacunal subóptima. Estos países son el hogar de 88 millones de niños, que equivalen a dos tercios de los niños vivos en el mundo<sup>3</sup>. Otro problema importante por resolver, incluso en países desarrollados, son los esquemas atrasados de vacunación (EAV), que resultan en un riesgo aumentado de enfermedades inmunoprevenibles (EIP)<sup>4</sup>.

Por tanto, a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores, entre los principales, reportados en la literatura, se encuentran:

pobreza, costo a las familias, a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas<sup>5</sup>.

En el 2011 Gentile et. al estudiaron los esquemas de vacunación atrasados y las oportunidades perdidas de vacunación en Argentina, donde observaron que la tasa global de esquemas atrasados (niños con por lo menos una vacuna atrasada) fue de 39,7% (506/1275), correspondiendo a las vacunas Sabin y cuádruple las tasas de mayor atraso (28,9% y 28,5% respectivamente). La tasa global de dosis atrasadas fue de 22,8% (1281/5612). El motivo más frecuente de atraso fue la presencia, al momento de vacunar, de enfermedad leve (fiebre, catarro, vómitos, diarrea) en un 38,5% (546/1420) de los casos; el diferir la vacuna para otra cita fue el motivo de atraso en el 9,4% y la falta de detección de la necesidad de vacunar en el 8,7% de ellos<sup>4</sup>.

En el 2013 Cruz-Romero y Pacheco-Ríos realizaron un estudio en el Hospital infantil de México "Federico Gómez" para determinar las causas de atraso del esquema nacional infantil y observaron que, en relación con las causas de retraso en la aplicación de las vacunas, la más frecuente fue contraindicación relativa (29.9%), seguida de falsa contraindicación (14.2%) y

falta de biológico (15.7%) en los centros de atención<sup>6</sup>.

En niños menores de 5 años la cobertura del esquema de vacunación al año de edad en Yucatán fue de 72.4%, y se incrementó a 75.5% cuando se consideró el esquema con sólo cuatro vacunas. Estas cifras aumentaron en 4.9 y 5.3 puntos porcentuales respectivamente, para el grupo compuesto de 1 y 2 años de edad. Por otro lado, la cobertura del esquema de vacunación al año de edad con cuatro vacunas, ha mejorado a partir de 2000 en donde se reportó un valor del 8.5% y en 2006 de 76.0%<sup>7</sup>.

Actualmente se encuentra en auge el movimiento anti vacunación, la vacilación ante las vacunas no es un fenómeno nuevo, controversias sobre la relación daño-beneficio de las vacunas han sido discutidas ampliamente desde el siglo XVIII cuando se demostró el principio de la vacunación<sup>8</sup>.

Actualmente, en Estados Unidos existen poblaciones enteras de gente no vacunada, lo cual ha llevado a un aumento en los brotes de enfermedades inmunoprevenibles y en el Reino Unido, la tasa de vacunación para la vacuna SRP ha caído por debajo del punto necesario para mantener la inmunidad de

grupo, causando que el sarampión se convierta nuevamente en un padecimiento endémico en este país<sup>9</sup>.

Esta situación no ha sido aún evaluada en México, pero se observa una tendencia parecida a la de los Estados Unidos, en menor escala, la mayor parte de los casos de no vacunación reflejan, de forma general, problemas de acceso y de accesibilidad y algunos padres eligen no vacunar a sus hijos por otras razones que es importante analizar y estudiar<sup>10</sup>.

En este aspecto el papel de los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeros(as)) es primordial, ya que son la principal fuente de información y confianza de las familias por lo que constituyen la primera línea de combate frente a las dudas en las vacunas<sup>11</sup>.

En este estudio se pretende analizar las principales causas que predisponen al incumplimiento del esquema de vacunación de una parte importante de la población en Mérida, Yucatán para poder desarrollar acciones que permitan mejorar la cobertura.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Observacional, comparativo, longitudinal y retrospectivo. (Estudio de casos y controles).

Todos los pacientes menores a 10 años que acudan al módulo de vacunación en el Centro de Salud urbano de Mérida, Yucatán en el período de febrero a abril del 2018 y que

presenten su Cartilla Nacional de Vacunación.

Ubicación y características del centro de salud urbano: El centro de salud urbano de Mérida se encuentra en la calle 67 x 50 en la colonia centro, pertenece a los servicios de salud de la Secretaría de Salud de Yucatán y atiende a la población que cuenta con el seguro popular de forma gratuita y a la población que no cuenta con el mismo con un pago módico. Se atienden aproximadamente 5,000 personas al mes, 60% de los cuales son maya hablantes.

En el año 2017 acudieron en total 7,391 niños de 0 a 9 años, lo cual nos da un promedio de 615.91 niños al mes, se realizó el estudio por 3 meses por lo cual el número total de niños esperados es de 1,847.

Se calculó la muestra estadísticamente significativa, en base a lo establecido en la bibliografía<sup>12</sup> con un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5% ( $\alpha=0.05$ ), siendo de 319. Dado que se esperaba encontrar 2 controles por cada caso, el grupo control estuvo compuesto por 213 niños y el grupo de casos por 106 niños.

Se recopiló la información mediante la aplicación de una encuesta validada a nivel nacional utilizada previamente en un estudio realizado en el Hospital Federico Gómez<sup>6</sup>, la cual indaga principalmente sobre factores socioeconómicos y nivel de conocimiento de

los padres. Este instrumento fue elegido por su aplicabilidad.

A la llegada de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión de este estudio al módulo de vacunación del centro de salud urbano de Mérida, se les explicó a los padres el protocolo de investigación y sus objetivos y se les preguntó si deseaban formar parte del estudio, de ser así se procedió a la firma de la carta de consentimiento informado. Se solicitó la cartilla de vacunación del niño y se registró el estado de vacunación, si se encontraba completo o incompleto y las dosis faltantes. Posteriormente se procedió a la aplicación de la encuesta.

Los datos se capturaron en la base de datos Excel para su posterior análisis con el software estadístico Prisma 7.4. Las variables dicotómicas se expresaron con frecuencias y porcentajes. Las numéricas con medias, medianas y desviación estándar.

La prueba estadística utilizada fue la X<sup>2</sup> para valorar la asociación entre las diferentes variables estudiadas.

Este estudio careció de intervención o modificación intencionada de variables; para su realización se tomó como base el título segundo “Los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” de la Ley General de Salud de México en Materia de Investigación para la Salud conforme lo establecido en los artículos 13, 16 y 17.

## RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 319 padres y/o tutores de niños menores de 10 años, 213 (67%) con esquema de vacunación completo y 106 (33%) con esquema incompleto. De los pacientes con esquema de vacunación completo se observó que 8 (3.8%) poseían un esquema de vacunación atrasado.

El rango de edad de los niños de los padres entrevistados fue de 1 mes hasta los 8 años 10 meses, con una media de 2 años y 9 meses. Las vacunas faltantes por rangos de edad se observan en la tabla 1.

Los factores relacionados con las características propias de la familia se observan en la tabla 2, siendo relevantes la edad de la madre al nacimiento del niño y la escolaridad de ambos padres.

Los factores asociados con el sistema de salud se observan en la tabla 3, predominando el tiempo para el acceso al Centro de salud.

Respecto al conocimiento y actitudes de los padres se observan los factores en la tabla 4.

Casi todos fueron relevantes en influir en la aplicación del esquema completo.

En la figura 1 se observan las causas atribuibles para la falla de vacunación que fue en 57 (53%) no había disponible en el centro de salud, en 19 (17%) por falta de tiempo de los padres, en 20 (18%) por enfermedad aguda (11 por rinorrea, 10 por tos, 3 con fiebre y 1 con diarrea), en 7(6%) por enfermedad de base (4 con asma, 1 con púrpura trombocitopénica idiopática y 2 por epilepsia) (2.8%) por temor a efectos adversos de determinada vacuna.

Las razones por las que no se puede aplicar una vacuna en enfermedad aguda se observan en la figura 2, en la que puede apreciarse que solamente dos son adecuadas (inmunocompromiso y efectos adversos de la vacuna) que representan menos de la tercera parte, y todas las demás son inadecuadas.

**Tabla 1**  
**VACUNAS FALTANTES POR GRUPOS DE EDAD**

Edad	BCG	Hepatitis B	Rotavirus	Pentavalente	Neumococo	Influenza	SRP	DPT	SR
<1 año	1 (1%)	40 (50%)	13 (16%)	12 (15%)	5 (6%)	9 (11%)	N/A	N/A	N/A
1 a 2 años	0 (0%)	13 (24%)	7 (13%)	9 (16%)	7 (13%)	10 (18%)	7 (13%)	N/A	N/A
2 a 4 años	0 (0%)	3 (16%)	9 (50%)	4 (22%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	N/A	N/A
4 a 6 años	0 (0%)	0 (0%)	10 (43%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	11 (47%)	N/A
6 a 8 años	0 (0%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)	2 (18%)	5 (45%)	1 (9%)	0 (0%)
8 a 10 años	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)

**Fuente:** Elaboración propia. BCG: antituberculosos. SRP: sarampión, paperas, rubéola. DPT: difteria, tosferina, tétanos. N/A: no aplica

**Tabla 2**  
**FACTORES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES**

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de p (X<sup>2</sup>)</b>
Pobreza	3 (2.8%)	6 (2.8%)	P= 0.9459 (NS)
Básico	37 (34.9%)	81 (38.0%)	
Clase media	56 (52.8%)	120 (56.3%)	
Clase acomodada	5 (4.7%)	6 (2.8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
<b>EDAD DE LA MADRE</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de P (X<sup>2</sup>)</b>
<18 años	23 (21.6%)	32 (15.0%)	P= 0.008 (S)
18-20 años	35 (33.0%)	40 (18.7%)	
21-25 años	30 (28.3%)	61 (28.6%)	
26-30 años	12 (11.3%)	41 (19.2%)	
>30 años	6 (5.6%)	40 (18.7%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 3**  
**FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE SALUD**

<b>ZONA DE PROCEDENCIA</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de P (X<sup>2</sup>)</b>
Rural	11 (10.3%)	21 (9.8%)	
Urbana	95 (89.6%)	192 (90.1%)	P>0.9999 (NS)
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
<b>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de P (X<sup>2</sup>)</b>
Casado (a)	69 (65.0%)	112 (52.5%)	
Soltero (a)	8 (7.5%)	18 (8.4%)	P=0.935 (NS)
Unión libre	29 (27.3%)	83 (38.9%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
<b>ESCOLARIDAD MATERNA</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de P (X<sup>2</sup>)</b>
Primaria	14 (13.2%)	14 (6.5%)	
Secundaria	64 (60.3%)	90 (42.2%)	
Bachillerato	24 (22.6%)	69 (32.3%)	P<0.0001 (S)
Licenciatura	4 (3.7%)	40 (18.7%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
<b>ESCOLARIDAD PATERNA</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de P (X<sup>2</sup>)</b>
Primaria	21 (19.8%)	20 (9.3%)	
Secundaria	53 (50.0%)	74 (34.7%)	
Bachillerato	26 (24.5%)	76 (35.6%)	P<0.0001 (S)
Licenciatura	6 (5.6%)	43 (20.1%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	

Continuación tabla 3...

<b>TIEMPO PARA TRANSPORTARSE AL CENTRO DE SALUD</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de p (X<sup>2</sup>)</b>
<15 minutos	4 (3.7%)	22 (10.3%)	P<0.001 (S)
15-30 minutos	48 (45.2%)	124 (58.0%)	
31-45 minutos	26 (24.5%)	24 (11.2%)	
46-60 minutos	18 (16.9%)	40 (18.77%)	
>60 minutos	10 (9.4%)	3 (1.4%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
<b>CONOCIMIENTO DE CONTRAINDICACIONES POR PERSONAL DE SALUD</b>			
<b>CONOCIMIENTO DE CONTRAINDICACIONES POR PERSONAL DE SALUD</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de p (x<sup>2</sup>)</b>
Conoce contraindicaciones	45 (42.4%)	96 (45.0%)	P=0.799 (NS)
No conoce contraindicaciones	61 (57.5%)	117 (54.9%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	

Fuente: Elaboración propia

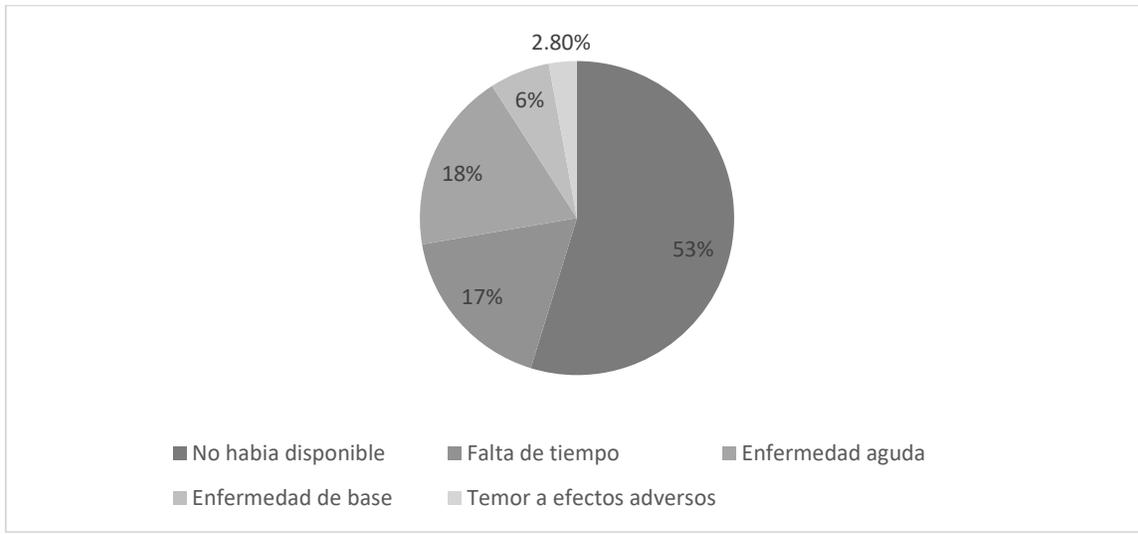
**TABLA 4**  
**FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LOS PADRES**

<b>ASISTENCIA A CONTROL DE NIÑO SANO</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de p (X<sup>2</sup>)</b>
Si acuden	41 (38.6%)	131 (61.5%)	P=0.001 (S)
No acuden	65 (61.3%)	82 (38.4%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
<b>CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN</b>			
<b>CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>Valor de p (X<sup>2</sup>)</b>
Si	42 (39.6%)	132 (61.9%)	P=0.0002 (S)
No	64 (60.3%)	81 (38.0%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	

CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR DE CONTRAINDICACIONES DE VACUNAS	CASOS	CONTROLES	Valor de p (X <sup>2</sup> )
Si	14 (13.2%)	72 (33.8%)	P<0.0001 (S)
No	92 (86.7%)	141 (66.19%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	
PREOCUPACIÓN POR EFECTOS ADVERSOS O DESARROLLO DE AUTISMO	CASOS	CONTROLES	Valor de p (X <sup>2</sup> )
Si	5 (4.7%)	11 (5.1%)	p>0.999 (NS)
No	101 (95.2%)	202 (94.8%)	
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>213</b>	

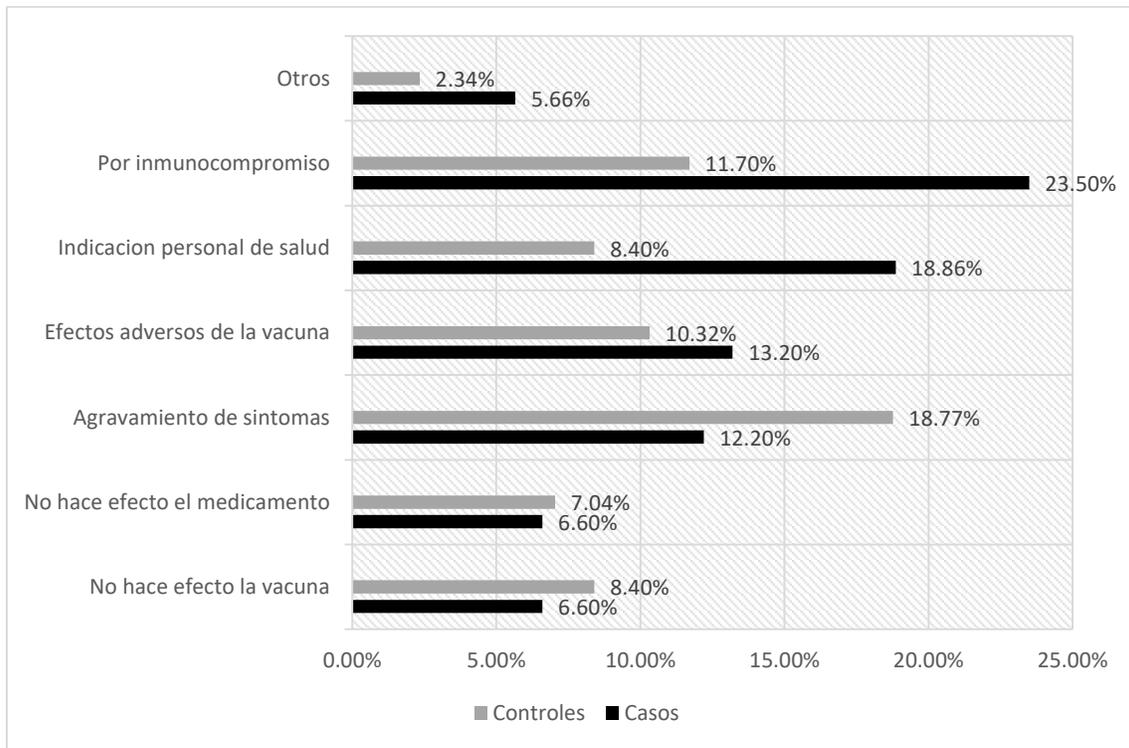
Fuente: Elaboración propia

**Figura 1**  
PRINCIPALES CAUSAS PARA EL INCUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



Fuente: Elaboración propia

**Figura 2**  
**RAZONES POR LAS QUE REFIEREN QUE NO SE PUEDE APLICAR UNA VACUNA EN ENFERMEDAD AGUDA.**



**Fuente:** Elaboración propia

## DISCUSIÓN

Desde finales de los años setenta, las inmunizaciones en la infancia han sido una de las medidas preventivas más costo-efectivas en salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Mundialmente se ha estimado que 75% de los niños ha recibido el esquema tradicional de vacunación primaria<sup>6</sup>.

Hay que reconocer que, incluso con los niveles de cobertura actuales, las enfermedades prevenibles por vacunación aún causan 2.1 millones de muertes,

incluyendo 1.4 millones de muertes en niños menores de 5 años de edad<sup>3</sup>. En nuestra población de estudio encontramos que la mayor distancia del centro de salud juega un papel significativo en la falta de cumplimiento del esquema, ya sea por falta de tiempo para acudir al centro de salud o por la dificultad de transportarse al mismo, lo cual contradice información encontrada en estudios previos nacionales e internacionales, donde este factor no había resultado significativo<sup>13,14</sup>.

Probablemente, no como factor único, sino aunado a otros que en forma conjunta contribuyen a esta asociación.

Por otra parte, se observa que el esquema de vacunación se completa en mayor porcentaje que la reportada en otros lugares por ejemplo en una zona marginada de Paraguay<sup>15</sup> que es del 59% están con vacunas administradas en forma completa y oportuna, 25% incompletas, y 16% completas pero atrasadas.

Y lo publicado recientemente por Díaz-Ortega y cols.<sup>16</sup> en base a la cobertura nacional reportada por ENSANUT 2016 que fue de 50.9 a 63.2% variando según el rango de edad considerado.

La edad materna tiene un rol importante en el cumplimiento del esquema, así como la escolaridad alcanzada tanto por la madre como por el padre esto coincide con los datos encontrados en estudios previos<sup>5,6,13</sup>.

Esto probablemente se encuentre relacionado con que, a mayor edad materna o paterna, se alcanza mayor madurez emocional y de autocuidado, ya que toman más conciencia de su rol a cumplir, además adquieren nuevos conocimientos que le permiten cumplir su papel con mayor satisfacción participando en actividades que estén dirigidas a promover un óptimo estado de salud del niño.

En cuanto a los conocimientos y actitudes de los padres, tanto el conocimiento básico del esquema nacional de vacunación como el

conocimiento de las contraindicaciones verdaderas resultaron significativos lo cual concuerda con lo encontrado por Macías et. al en el Instituto nacional de Pediatría donde observó que uno de los principales factores de riesgo para vacunación subóptima fue que los familiares desconocieran la fecha de la próxima vacuna en 17% de los casos y en 45% por contraindicaciones falsas<sup>13</sup>.

En nuestra población, el no acudir a sus citas de control de niño sano se encontró como otro factor que condiciona a un esquema incompleto, lo cual puede tener una estrecha relación en el interés y tiempo de los padres por la salud de los niños, este control permite tener el seguimiento adecuado del esquema de vacunación<sup>2,8,17</sup>.

Respecto a las razones específicas para la no vacunación las principales que se observaron fueron la falta de producto, contraindicaciones falsas y falta de tiempo (o interés) de los padres. En cuanto a la falla del producto aunque El Sistema Nacional de Salud a nivel federal y estatal es quien realiza la planificación y coordinación para garantizar los recursos que permitan el óptimo funcionamiento del Programa de Vacunación Universal, incluyendo los recursos humanos, financieros y materiales<sup>24</sup>. no siempre es posible, las causas del desabastecimiento son complejas y múltiples, pero la oferta y la mayor demanda de inmunizaciones y las restricciones presupuestarias están entre ellas, la interrupción del suministro cuando afecta a los programas de vacunación en

marcha obliga a las autoridades sanitarias a aplicar medidas extraordinarias para adaptarse a la situación con el menor impacto posible sobre la población<sup>25</sup>.

En relación con las contraindicaciones va de acuerdo con lo encontrado en otros estudios realizados en México, como el de por Cruz-Romero y cols. en el hospital Federico Gómez<sup>6</sup> en el cual se determinó que, de las causas de retraso en la aplicación de las vacunas, la más frecuente fue una contraindicación relativa (29.9%), seguida de falsa contraindicación (14.2%) y falta de biológico (15.7%). Macías y cols.<sup>13</sup>. reportan que en 45.4% de pacientes con esquema de vacunación retrasado o incompleto se encontraron contraindicaciones erróneas, esto sería quien informa a los familiares juega un papel relevante en la consecuencia de aplicar o no aplicar la vacuna.

El conocimiento del personal de salud, médicos y enfermeras (os) <sup>18,19</sup>, de las contraindicaciones de vacunación no se encontró significativo, sin embargo, sí se pudo observar que más del 50% del personal no conoce adecuadamente las contraindicaciones, lo cual es preocupante ya que su papel en la información sobre ellas puede influir también en las decisiones de aplicación de la vacuna., incluso como reportan Hernández y cols. <sup>20</sup> tratándose de la aplicación para el mismo personal estudiante del área de la salud.

Podemos resaltar que la cobertura es buena en Yucatán según lo reportado en el 2015<sup>21</sup> en los menores de un año, por ser la edad

que los padres independientemente de todos los factores analizados tienen un genuino temor sobre la vulnerabilidad<sup>22</sup> de sus hijos a esa edad.

Los factores registrados en la bibliografía<sup>23</sup> que en nuestra población no se encontraron determinantes para el cumplimiento del esquema fueron: la zona de procedencia rural o urbana, el estado civil de los padres, el nivel socioeconómico de la familia y la preocupación por reacciones adversas o desarrollo de autismo.

Podemos concluir que los programas hasta ahora implementados han resultado insuficientes para informar y educar a la población y es necesario incrementar los mismos enfatizando sobre las contraindicaciones verdaderas para la aplicación de las vacunas (tanto a la población como al personal de salud, médicos y enfermeras (os), involucrado en la información y aplicación de las mismas) y de la importancia sobre completar el esquema en tiempo y forma, así como facilitar en lo posible el acceso a los sistemas de salud y la asistencia al control de niño sano y en nuestro estado continuar con las campañas de vacunación masivas para lograr llegar a la mayoría de la población en sus hogares.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de salud. Cartillas nacionales de salud, Programa de acción específico [Internet]. México: Gobierno federal; 2015 oct 4 [citado el 22 de septiembre 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>
2. Gutiérrez-Trujillo G, Pérez-Enríquez L, González-García A, Coreño-Juárez M, Ramírez-Rosales G, Grajales- Muñiz C. Enfermedades inmunoprevenibles, coberturas e impactos de la vacunación. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2004; 44 (1): 97-109.
3. World Health Organization; UNICEF. Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2016 Estimates of Immunization Coverage. WHO. July 2017; 9: 1-4.
4. Gentile A, Bakir J, Firpos V, Caruso M, Lucion M, Abate H, Chiossone A, Debbag R. Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatr. 2011; 109 (3): 219-25.
5. Gómez-Rosel G, Quiroga A, Melis I. Factores relacionados en el incumplimiento de esquema de vacunación en niños con 18 meses de edad que pertenecen al barrio Juan XXIII de corrientes durante el período 2011. Rev. Fac Med UNNE. 2014; 34 (2): 27-32.
6. Cruz-Romero E, Pacheco-Ríos A. Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Aten Fam. 2013; 20 (1): 6-11.
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx)
8. Gowda C, Dempsey A. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. Human vaccines & Immunotherapeutics. 2013 jun 06; 1824 (8): 1755-62
9. Mikulak A. Parents' vaccination concerns are about more than risk and benefit. Human Vaccines. 2011; 711 (6): 597-9.
10. Guadarrama-Orozco J, Vargas-Lopez G, Viesca-Treviño C. Decisiones de los padres que no arriesgan la vida de sus hijos, pero que los exponen a daños serios: no a las vacunas. Bol Med Hosp Infan Mex. 2015; 72 (5): 353-7.
11. García-Sánchez N, Hernández-Merino-A. Nuevos retos en vacunación. AEP. 2017; 432 (3): 417-32.
12. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de muestra en investigación médica. Inv Med Ed. Agosto 2013; 234 (8): 217-24.
13. Macías-Parra M, Jarquín-Montalvan G, Gutiérrez-Castrellon P, Rodríguez-Weber M, González-Saldaña N, Saltigeral-Simental P. Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de seis a 60 meses en el Instituto Nacional de Pediatría. Rev de enf inf en ped. 2008; 22 (86): 41-7.
14. Eun-Young K, Moo-Sik L, Related Factors of Age-Appropriate Immunization among Urban-Rural Children Aged 24-35 Months in a 2005 Population-Based Survey in Nonsan, Korea. Yonsei Med J. 2011; 52 (1): 104-12.
15. Samudio-Domínguez GC, Correa-Fretes AL, Ortiz-Cunquejo IM, Mujica-Chaparro P. Retraso del esquema vacunal en niños menores de 5 años en zona marginal. Rev. Nac. (Itauguá).2017; 9(1):35-48 )
16. Díaz-Ortega JL, Cruz-Hervert LP, Ferreira-Guerrero E, Ferreyra-Reyes LD, Delgado-Sánchez G, García-García ML. Cobertura de vacunación y proporción de esquema incompleto en niños menores de siete años en México. Salud Publica Mex 2018;60:338-346.
17. GPC Control y seguimiento de la SALUD EN LA NIÑA Y EL NIÑO menor de 5 años en el primer nivel de atención 2015. [Internet] <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/029GER.pdf>
18. Pérez-Sarto G, Brasó P, Medin J. Conocimiento de los médicos especialistas o en formación acerca de vacunas no sistemáticas en Uruguay. Rev Med Urug 2017; 33(1):34-46 ,
19. Verger P, Collange F, Fressard L, Bocquier A, Gaultier A, Pulcini C, et al. Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone

- survey in France, April to July 2014. Euro Surveill. 2016;21(47). pii:30406
20. Hernández-García L, Cardoso-Muñoz AM, Valero-Juan LF, Giménez-Júlvez MT. Vacunación antigripal en estudiantes de enfermería durante la temporada 2014-2015 Rev. Esp. Salud Pública 2015;89: 615-625.
  21. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán. Cuernavaca. [Internet] México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: <https://encuestas.insp.mx/>
  22. Vulnerabilidad y exclusión en la infancia – Unicef.[Internet] Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/libro\\_03\\_web.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/libro_03_web.pdf)
  23. Sawhney M, Favin M, Steinglass R. Epidemiology of the Unimmunized Child, Findings from the Grey Literature. WHO, immunization basics. 2009; 44: 1-44.
  24. Vacunación Universal - CeNSIA - Secretaría de Salud. [Internet] Disponible en: [www.censia.salud.gob.mx/.../PAE\\_Vacunacion\\_Universal\\_PAE\\_final\\_final.pdf](http://www.censia.salud.gob.mx/.../PAE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf)
  25. El abastecimiento de vacunas no se libra de problemas. [Internet] Comité asesor de vacunas. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/desabastecimiento-vacunas>

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Adecuación de energía y nutrimentos de la dieta con IMC y nivel socioeconómico, en preescolares

Community diagnosis for the design of an educational intervention on the revaluation of native fruits and vegetables

María del Rosario Barradas Castillo<sup>1</sup>, Fibi Coop Gamas<sup>1</sup>, María Luisa Ávila Escalante<sup>1</sup>, Arturo Pérez Laynes<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Se describió la adecuación de energía y nutrimentos, el índice de masa corporal (IMC) y el nivel socioeconómico de preescolares de una escuela pública de Mérida, Yucatán. **Material y método:** La investigación fue descriptiva, transversal, con una muestra de 86 preescolares. Se utilizó el recordatorio de 24 horas para obtener los porcentajes de adecuación de energía y nutrimentos; el nivel socioeconómico se estimó con la encuesta AMAI 8x7; y el IMC, se interpretó de acuerdo a la OMS. **Resultados:** Los porcentajes de adecuación mostraron exceso de proteína, lípidos, calcio, sodio y zinc, deficiencia de hierro y fibra. La prevalencia de exceso de peso fue 19.8%, posible riesgo de sobrepeso 31.4%, peso normal 47.7% y emaciación severa 1.2%. El nivel socioeconómico más frecuente (29.1%) fue el C-. Los porcentajes de adecuación normales fueron los de energía e hidratos de carbono. **Conclusiones:** Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron superiores a las estadísticas nacionales y estatales, la emaciación tuvo una prevalencia menor a la nacional y mayor a la estatal. Los preescolares no tienen porcentajes de adecuación de energía y nutrimentos adecuados para su edad.

**Palabras clave:** Adecuación de energía, nutrimentos, nivel socioeconómico, IMC.

### ABSTRACT

**Objective:** The adequacy of energy and nutrients, the body mass index (BMI) and the socioeconomic level of preschool children from a public school in Mérida, Yucatán was described. **Material and Methods:** The research was descriptive, cross-sectional, with a sample of 86 preschoolers. The 24-hour reminder was used to obtain the percentages of energy and nutrient adequacy; the socioeconomic level was estimated with the AMAI 8x7 survey; and the BMI, was interpreted according to WHO. **Results:** Adequacy percentages showed excess protein, lipids, calcium, sodium and zinc, iron and fiber deficiency. The prevalence of excess weight was 19.8%, possible risk of overweight 31.4%, normal weight 47.7% and severe wasting 1.2%. The most frequent socioeconomic level (29.1%) was C-. The normal fitness percentages were those of energy and carbohydrates. **Conclusions:** The prevalences of overweight and obesity were higher than national and state statistics, wasting had a lower prevalence than the national and higher than the state. Preschoolers do not have adequate percentages of energy and nutrients for their age.

**Keywords:** energy adequacy, nutrients, socioeconomic level, body mass index.

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

Recibido: 28 de noviembre 2018.

Aceptado: 27 de marzo de 2019.

Correspondencia para el autor: MINE. María del Rosario Barradas Castillo. Av. Itzáes entre 59 y 59-A C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. barradas502@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

En México, la prevalencia de las distintas formas de desnutrición en niños menores de cinco años ha venido disminuyendo según lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), la desnutrición aguda no es ya un reto de salud pública, mientras que la desnutrición crónica continúa siéndolo y además convive con problemas de sobrepeso y obesidad<sup>1</sup>.

De acuerdo con los resultados arrojados por entidad federativa la ENSANUT 2012 señala que en Yucatán el total de niños menores de cinco años que fueron evaluados indicaron 15.8% con baja talla, 1.4% bajo peso y 0.7% de emaciación. La prevalencia de baja talla en Yucatán fue superior a la encontrada para el ámbito nacional (13.6%)<sup>2</sup>. La desnutrición en los menores de cinco años tiene efectos adversos en el crecimiento, desarrollo y salud de estos, con efectos a mediano y largo plazo en el rendimiento escolar e intelectual, el desarrollo de capacidades, el rendimiento en el trabajo, y el ingreso laboral en los adultos, repercutiendo en el desarrollo social<sup>1</sup>.

En cuanto a sobrepeso y obesidad se encontró que en Yucatán 14.6% de los niños menores de 5 años que fueron evaluados en el levantamiento de información para el informe ENSANUT, poseen esta condición<sup>2</sup>. El sobrepeso infantil es una condición de gran repercusión que conduce por sí mismo a una elevada mortalidad infantil, y esto cobra más importancia en el caso de los niños pequeños, pues aquellos con

sobrepeso, y en especial los que tienen padres con sobrepeso, tienden a convertirse en adultos con sobrepeso. El sobrepeso infantil es un factor importante de obesidad en la adultez, diabetes y enfermedades no transmisibles como hiperlipidemia, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y aterosclerosis temprana<sup>3, 4, 5</sup>.

Algunos estudios a nivel internacional han revelado datos interesantes acerca de la variabilidad en el consumo de macro y micronutrientes. En niños de una zona urbana al norte de Valencia, Venezuela; se reportó un adecuado aporte de energía y nutrientes, excepto para el calcio<sup>6</sup>. En Caracas, Venezuela, en un grupo de preescolares se encontró un consumo deficiente en calorías y los micronutrientes hierro y zinc<sup>7</sup>. La deficiencia de hierro resulta importante en los niños menores de 4 años, porque causa retardo en el aprendizaje<sup>8</sup>.

La desnutrición está relacionada con múltiples factores, siendo los socioeconómicos de los más importantes, principalmente el ingreso económico del jefe de familia<sup>9</sup>.

Moreno y colaboradores realizaron en Colombia un estudio en donde se señala el nivel socioeconómico como determinante del estado nutricional en menores de cinco años de edad. De acuerdo con los resultados obtenidos se logró evidenciar que las diferencias en la talla para la edad de los niños son significativas según el nivel de

ingresos del hogar, es decir, a mayor cantidad de ingresos menor es la probabilidad de mala nutrición. Llegaron a la conclusión de que elevar el ingreso de los hogares, así como la escolaridad de la madre podría jugar un papel fundamental para mejorar el estado de nutrición de los niños<sup>10</sup>.

La inseguridad alimentaria ha sido definida de varias formas, una de ellas la señala como la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables<sup>10</sup>; y es que Shamah T, Mundo V, Rivera D, señalan que en México la variedad y la calidad de la dieta en los niños preescolares es menor conforme aumenta la

inseguridad alimentaria, lo cual también se asocia con bajos consumos de micronutrientes de importancia para el crecimiento y desarrollo como hierro biodisponible y zinc<sup>11</sup>.

La alimentación infantil apropiada es uno de los pilares más importantes para la salud. Así como la lactancia materna adecuada, es considerada una de las medidas más costo-efectivas para evitar enfermedad y muerte en la etapa infantil y preescolar. Así mismo se ha reportado que la correcta alimentación complementaria disminuye el riesgo de desnutrición y deficiencias de micronutrientes<sup>2</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo del presente estudio fue describir la adecuación de energía, nutrimentos, el IMC y el nivel socioeconómico de preescolares de una escuela pública de la ciudad de Mérida, Yucatán.

La investigación es de tipo descriptiva, transversal; se llevó a cabo en un jardín de niños ubicado en la zona oriente de la ciudad de Mérida, Yucatán. Se realizó con un grupo de 86 preescolares y cuyos padres firmaron el consentimiento informado. La selección de los participantes fue mediante un muestreo aleatorio y estadísticamente representativa, únicamente de la población de estudio, con un nivel de confianza del 95% y un límite de confianza del 5%, de un universo de 111 niños preescolares de tres a seis años de edad<sup>12</sup>. El tamaño de la muestra

fue calculado mediante el software estadístico Epi Info 7.

Para la recolección de los datos de porcentajes de adecuación de energía y nutrimentos de la dieta, se aplicó un recordatorio de 24 horas y se utilizó para su interpretación los siguientes puntos de corte: menor de 90 (consumo deficiente), de 90 a 110 (consumo normal) y mayor a 110 (consumo excesivo)<sup>3</sup>.

El Índice de Masa Corporal (IMC), se interpretó de acuerdo a los siguientes puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Puntuación Z	Puntos de corte
>+3	Obesidad
>+2	Sobrepeso
>+1	Posible riesgo de
+1 a -2	sobrepeso
<-2	Normal
<-3	Emaciado
	Severamente emaciado

Nivel	Puntos
AB	193+
C+	155 a 192
C	128 a 154
C-	105 a 127
D+	80 a 104
D	33 a 79
E	0 a 32

El nivel socioeconómico se determinó con la escala AMAI 8x7, utilizando la siguiente clasificación:

## RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por 58% de niñas y 42% de niños. El rango de edad fue de 3 años con 1 mes a 6 años, con un promedio de 4.19 años.

Adecuación de energía y nutrimentos:

Respecto a la adecuación de energía y nutrimentos se observó que más de la mitad de la población no tienen un consumo adecuado en todos los nutrimentos, debido

a que sus porcentajes de adecuación se encuentra inferior o en exceso a lo recomendado. De manera particular cabe señalar que la población infantil tiene un excesivo consumo en más del 70% en: calcio, sodio y zinc, por otra parte, el hierro presento un consumo inferior en el 74% de los prescolares. Por último, el bajo consumo de carbohidratos y fibra se observó en un número considerable de niños (Ver tabla 1).

**Tabla 1**  
**PORCENTAJES DE ADECUACIÓN DE ENERGÍA Y NUTRIMENTOS**

Energía y nutrimentos	Frecuencia de consumo n (%)		
	Inferior <sup>a</sup>	Normal <sup>a</sup>	Excesivo <sup>a</sup>
Energía	29 (33.7)	21 (24.4)	36 (41.9)
Carbohidratos	<b>38 (44.2)</b>	20 (23.3)	28 (32.6)
Proteína	29 (33.7)	10 (11.6)	47 (54.7)
Lípidos	27 (31.4)	13 (15.1)	46 (53.5)
Fibra	<b>47 (54.7)</b>	15 (17.4)	24 (27.9)
Calcio	14 (16.3)	7 (8.1)	<b>65 (75.6)</b>

Hierro	<b>64 (74.4)</b>	13 (15.1)	9 (10.5)
Sodio	2 (2.3)	1 (1.2)	<b>83 (96.5)</b>
Zinc	4 (4.7)	4 (4.7)	<b>78 (90.7)</b>

**Fuente:** a: Bourges H, Casanueva E, Rosado JL. Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para la población mexicana. Bases fisiológicas. II. Energía, proteínas, lípidos, hidratos de carbono y fibra. 1ª ed. México: Editorial Médica Panamericana, 2008.

Indicadores de IMC y socioeconómicos:

En la tabla 2, se observa que la mayor parte de la población de estudio presentó un IMC fuera de lo normal (51.2%), es decir; se encuentran en posible riesgo de sobrepeso (31%) y el 19.7 % con sobrepeso y obesidad. Respecto al nivel

socioeconómico el 29.1% de la población clasifica en el nivel C-, que corresponde a la característica de llevar una vida con un nivel mínimo de practicidad, y solo el 1.2% clasifico en el nivel E, es decir carecen de todos los servicios y bienes satisfactorios

Tabla 2. IMC y nivel socioeconómico

Indicador	n (%)
<b>IMC<sup>a</sup></b>	
• Obesidad	<b>9 (10.4)</b>
• Sobrepeso	<b>8 (9.3)</b>
• Posible riesgo de sobrepeso	<b>27 (31.4)</b>
• Normal	41 (47.7)
• Severamente emaciado	1 (1.2)
<b>Nivel socioeconómico<sup>b</sup></b>	
• A/B	4 (4.7)
• C+	12 (14)
• C	20 (23.3)
• C-	25 (29.1)
• D+	20 (23.3)
• D	4 (4.7)
• E	1 (1.2)

**Fuente:** a: Organización Mundial de la Salud: donde puntuación z >+3: obesidad; >+2: sobrepeso; >+1: posible riesgo de sobrepeso; +1 a -2: Normal; <-2: emaciado; <-3: Severamente emaciado.

b: Escala AMAI: donde puntuación 193+: A/B; 155 a 192: C+; 128 a 154: C; 105 a 127: C-; 80 a 104: D+; 33 a 79: D; 0 a 32: E.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que más de la mitad de los preescolares no tienen un consumo adecuado de nutrimentos, es decir presentan un excesivo consumo de más del 70% en calcio, sodio y zinc; por otra parte, tienen un consumo deficiente de hierro, así como de carbohidratos y fibra. Se identifica un consumo excesivo de energía en el 41.9% de la población estudio; lo anterior es preocupante en virtud de que se ha demostrado que la ganancia de peso se debe principalmente a un positivo balance de energía que se realiza de manera frecuente.

En su investigación Ledesma N, Sepúlveda D. et al, coinciden con los resultados encontrados en esta investigación, ya que la ingesta de vitaminas y minerales en niños en edad preescolar se encuentra por encima del requerimiento <sup>13</sup>.

Los resultados de Mendes Tavares B. concuerda con los resultados obtenidos con la presente investigación al mencionar que la ingesta de sodio y zinc estuvo por encima de los niveles recomendados. Mencionan que el alto consumo de zinc puede haber sido el resultado de la alta ingesta de alimentos ricos en proteínas, que también son fuentes de zinc. La alta ingesta de sodio la atribuyen al mayor consumo de productos industrializados que son ricos en minerales y su consumo elevado puede tener efectos negativos para la salud del infante afectando en este momento su desarrollo, así como en su vida futura, ya que se asocia con una

mayor prevalencia de la hipertensión arterial <sup>14</sup>.

En otro estudio similar realizado en Caracas, se encontraron los porcentajes de adecuación altos en calcio, pero se presentaron niveles bajos en el consumo de hierro y más aún en el de zinc. Contrastando lo anterior con lo encontrado en el presente estudio, dichos resultados coinciden con el consumo bajo de hierro y con el elevado consumo de calcio, pero no con el de zinc, ya que su consumo es elevado de acuerdo a lo recomendado por los preescolares. Es importante destacar que la deficiencia de hierro se relaciona con una mayor morbilidad de enfermedades infecciosas, gastrointestinales y respiratorias, siendo estas las principales causas de muerte infantil <sup>7</sup>.

El estudio realizado por Galván M, Atalah E, señalan que casi la mitad de los preescolares tenían un consumo inferior de energía y nutrimentos de acuerdo a lo recomendado, especialmente en calcio y zinc, en comparación a nuestro estudio, estos nutrimentos se encontraron con un consumo por arriba de los niveles recomendados <sup>15</sup>.

Por otra parte, Shamah L, Mundo V, Rivera D, mencionan que la variedad y la calidad de la dieta en los niños preescolares es menor conforme aumenta la inseguridad alimentaria, lo cual también se asocia con bajos consumos de micronutrientes que son importantes para su crecimiento y desarrollo <sup>11</sup>.

Orozco A, et al. argumentan que las poblaciones con menos recursos económicos presentan mayor riesgo de presentar deficiencia de hierro, pero también hacen hincapié en que hay otros factores que están involucrados como la edad del niño, siendo la etapa preescolar la de mayor riesgo <sup>16</sup>.

En la presente investigación se encontró un bajo consumo de carbohidratos y fibra en los preescolares, dichos resultados no coinciden con el estudio realizado por González C. et al, ya que reportan un consumo normal de este nutrimento <sup>17</sup>. Dichos autores señalan la importancia en el consumo adecuado de fibra de acuerdo a la edad, ya que su deficiencia puede ocasionar estreñimiento y problemas de obesidad infantil; así proponen que se debe vigilar la combinación de alimentos para que la fibra no reduzca la eficiencia de absorción de vitaminas y minerales o bien que la fibra desplace la disponibilidad de nutrimentos en la dieta, puesto que se sabe que el ácido fítico inhibe la absorción de hierro y zinc <sup>18</sup>.

En relación al IMC en la población estudiada y lo reportado por la ENSANUT 2016, de sobrepeso y obesidad fue de 33.2% y en el presente estudio fue del 51.2%, que son cifras alarmantes en las que se deben de tomar medidas para disminuir este problema.

En un estudio realizado por Prada G, Gutiérrez M y Angarita A, se encontró que el exceso de peso se ha incrementado en mayor medida en zonas de pobreza puesto que en estos grupos la alimentación se

caracteriza principalmente por alimentos económicos y altamente energéticos <sup>19</sup>. De igual manera estudios recientes han puesto de manifiesto que en México la población en pobreza satisface sus necesidades de consumo de calorías adquiriendo alimentos de bajo costo, altos en energía, pero con un contenido deficiente de micronutrientes, de tal forma que los hogares cada vez con mayor frecuencia acceden a alimentos de alta densidad energética y de menor costo trayendo como consecuencia ganancias importantes en el peso corporal <sup>20, 21</sup>.

Así mismo, Ortega C. menciona que los alimentos hipercalóricos resultan ser más accesibles que los alimentos saludables, ya sea en la escuela y sus alrededores, de igual manera argumenta que la comida rápida ha disminuido los precios y encarecido hasta en 200 % o más las carnes, frutas y verduras, también menciona que la publicidad tiene un papel importante en las preferencias o gustos de los individuos.

Respecto al nivel socioeconómico, se encontró que el 29.1% de la familias de la población de estudio se encuentra en el nivel C- lo cual quiere decir que llevan una vida con un nivel mínimo de practicidad, este indicador está vinculado con la inadecuada alimentación de los preescolares, como lo mencionan Galván y Atalah, quienes sustentan que una de las variables que han sido fuertemente vinculadas con la condición de alimentación y nutrición del niño es la escolaridad de la madre y que esta podría estar relacionada con el nivel socioeconómico y el nivel de ingreso de las

familias, ya que se sabe que los alimentos que aportan más hidratos de carbono tiene un valor menor y mayor disponibilidad que los que aportan un mayor valor de nutrimentos como proteínas y las grasas <sup>23, 24, 25</sup>.

Con base a todo lo expresado en los resultados y su correspondiente discusión se concluye que los preescolares no cuentan con una alimentación adecuada para su edad lo que implica una seria afectación para su crecimiento y desarrollo.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2018]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013. Recuperado a partir de: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx)
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Yucatán [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2018]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013. Recuperado a partir de: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx)
3. Casanueva E, Kaufer M, Pérez AB. Nutriología Médica. 3a ed. México D.F: Editorial Medica Panamericana; 2008.
4. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* [Internet]. 2013 [citado 14 de noviembre de 2018]; 382:427-51. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361360937x>
5. Papalia DE, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Desarrollo humano. 11a ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2010.
6. del Real SI, Fajardo Z, Solano L, Páez MC, Sánchez A. Patrón de consumo de alimentos en niños de una comunidad urbana de Valencia, Venezuela. *Arch Laninoam Nutr* 2005; 55(3):279-86.
7. Torres-Cárdenas M, Pérez B, Landaeta-Jiménez M, Vásquez-Ramírez M. Consumo de alimentos y estado nutricional según estrato socioeconómico en una población infantil de Caracas. *Arch Venez Pueric Pediatr* 2011;74 (2):54-61.
8. Solano, L., Barón, M.A, Sánchez Jaeger A, Páez, M. Anemia y deficiencia de hierro en niños menores de cuatro años de una localidad de Valencia. *An Venez Nutr* 2008; 21(2): 63-69.
9. Narváez M. Condiciones de vida y alimentación en niños menores de 5 años con presencia de desnutrición leve, el caso de los niños derechohabientes de a UMF 57 "La Ceiba" del IMSS Yucatán. [Tesis de licenciatura]. Mérida: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma De Yucatán; 2005. p. 31-4
10. Moreno-Ruiz DV, Picón MM, Marrugo-Arnedo CA, Verena Marrugo A, Alvis Guzmán NR. Determinantes socioeconómicos del estado nutricional en menores de cinco años atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2): 352-363. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017008>
11. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Rivera-Dommarco JA. La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. *Salud Publica Mex* 2014; 56(1): S79-S85.
12. Triola MF. Estadística. 10ª ed. México: PEARSON EDUCACIÓN; 2009.
13. Ledesma Ríos NI, Sepúlveda Herrera DM, Cárdenas Sánchez DL y Manjarrés Correa LM. Ingesta de energía y nutrientes en niños de

- 2-4 años que asisten al programa “Buen Comienzo”, Medellín (Colombia). *Nutr Hosp* 2016; 33(5):1052-1061.
14. Mendes Tavares B. et al. Nutritional status and energy and nutrients intake of children attending day-care centers in the city of Manaus, Amazonas, Brazil: are there differences between public and private day-care centers?. *Rev Paul Pediatr* 2012; 30(1):42-50.
  15. Galván M, Atalah E. Variables asociadas a la calidad de la dieta en preescolares de Hidalgo, México. *Rev Chil Nutr.* 2008; 35(4): 413- 420.
  16. Orozco E, Romero E, et al. Factores socioeconómicos y dietéticos asociados a deficiencia de hierro en preescolares y escolares de Arandas, Jalisco. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2017; 64(1): 370-376.
  17. González-Castell D. et al. Alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. *Salud Pública de México.* 2007; 49(5): 345-356.
  18. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatr Integral* 2015; 19(4): 268-276.
  19. Prada GE, Gutiérrez MM, Margarita A. Asociación entre factores socioeconómicos y el índice de masa corporal en preescolares de bajos ingresos de una institución educativa de Floridablanca, Colombia. *Rev. Chil. Nutr.* 2015; 42 (4): 337-344.
  20. Hernández LG, Miror CE, Aranda BR. Determinantes económicos: Evolución del costo de las calorías en México. En: Rivera J, Hernández M, Aguilar CA, Vadillo OF, Murayama RC, ed. *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado.* México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2012:145-164.
  21. Kennedy G, Ballard T, Dop MC. Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar. Roma: FAO, 2013.
  22. Ortega-Cortés R. Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52(1): S8-S11.
  23. Balthazar E, RM de Oliveira M. Differences in dietary pattern between obese and eutrophic children. *BMC Research Notes* 2011;4(567):1-7.
  24. Weker H. Simple obesity in children. A study on the role of nutritional factors. *Med Wieku Rozwoj* 2006;10(1):3-191.
  25. Mispireta ML. Determinantes del sobrepeso y la obesidad en niños en edad escolar en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2012;29(3):361-5.

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Comportamiento alimentario en adolescentes con base en el nivel socioeconómico

Eating behavior in adolescents based on socioeconomic status

Bianet Gómez Rodarte<sup>1</sup>, Karla Elizabeth Estrada Contreras<sup>1</sup>

### RESUMEN

Las enfermedades que aparecen en la segunda mitad de la vida dependen de la alimentación que se ha seguido durante las primeras etapas y se ha demostrado que existe una relación directa entre ésta y la morbimortalidad, los principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y a la práctica de actividad física. La buena salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico y social.

**Objetivos.** Determinar el comportamiento alimentario de adolescentes en dos tipos de escuela secundaria pública y privada según el nivel socioeconómico. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo-correlacional. Instrumentos/variables: Tipo escuela: pública y privada; Cuestionario de comportamiento alimentario (CA) (Márquez-Sandoval): Factor 1: preferencia alimentaria, Factor 2: consumo de alimentos, Factor 3: necesidades nutrimentales donde: CA saludable > de 11.62; Cuestionario de Nivel Socioeconómico (AMAI). **Resultados.** N=123; 44 hombres (H) 36.3%, 79 mujeres (M) 62.9%; distribución de edad (años) (a): 12a 33.1 %, 13a 25.8% , 14 a 40.3%; MEDIA: 13.09 años; NSC: Nivel D=23; Nivel D+=49; Nivel C=34; Nivel C+=14; Nivel A/B+=3; CA: Factor 1 : 3.2 % vs 3.3% no saludables; Factor 2: 24.2 % vs 9.8 % no saludables; Factor 3: 19.4% vs 32.8% no saludable; Factor 4; 3.2% vs 4.9% no saludables. **Conclusión.** Las motivaciones que contribuyen a la ingesta de alimentos en los adolescentes se asocia a factores como edad, genero, socioculturales y psicológicos (imagen corporal) y el nivel socioeconómico, generando un abanico de riesgos para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

**Palabras clave:** Adolescencia, Alimentación, nivel socioeconómico

### ABSTRACT

The diseases that appear in the second half of life depend on the diet that was followed during the first stages and it has been shown that there is a direct relationship between it and morbidity and mortality, the main determinants of health are linked to food and the practice of physical activity. Good health is fundamental for human well-being and economic and social development. **Objectives.** To determine the eating behavior of adolescents in two types of public and private secondary schools according to socioeconomic status. **Material and methods.** Descriptive-correlational study. Instruments / variables: School type: public and private; Eating behavior questionnaire (CA) (Márquez-Sandoval): Factor 1: food preference, Factor 2: food consumption, Factor 3: nutritional needs where: Healthy CA > of 11.62; Questionnaire of socioeconomic status (AMAI). **Results:** N = 123; 44 men (H) 36.3%, 79 women (M) 62.9%; distribution of age (years) (a): 12th to 33.1%, 13th to 25.8%, 14 to 40.3%; AVERAGE: 13.09 years; NSC: Level D = 23, Level D + = 49, Level C = 34, Level C + = 14, Level A / B + = 3; CA: Factor 1: 3.2% vs. 3.3% unhealthy; Factor 2: 24.2% vs. 9.8% unhealthy; Factor 3: 19.4% vs. 32.8% unhealthy; Factor 4; 3.2% vs. 4.9% unhealthy. **Conclusion.** The motivations that contribute to the intake of food in adolescents are associated with factors such as age, gender, sociocultural and psychological (body image) and socioeconomic level, generating a range of risks to develop a eating behavior disorder .

**Keywords** Adolescence, Feeding, Socioeconomic status

<sup>1</sup>Centro Universitario UTEG, Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: 15 de noviembre de 2018.

Aceptado: 2 de abril de 2019.

Correspondencia para el autor: Bianet Gómez Rodarte. Héroes Ferrocarrileros No. 1325, Esq. Washington y Dr. R. Michel, Col. La Aurora, Guadalajara, Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México. bianetgomez@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa determinante para el estado de salud, debido al papel importante en la toma de decisiones sobre los cuidados para la salud, principalmente en lo que refiere en materia alimentaria, como lo es en la elección de los alimentos que consumen principalmente en el desayuno y en la merienda, al realizar estos tiempos de comida fuera de casa en el medio escolar<sup>1</sup>, así como en las actividades que realizan mientras comen, donde el adolescente establece patrones de conducta marcados por el aprendizaje previo, influenciado por sus amigos, donde es frecuente que se salten comidas, coman fuera de casa, horarios irregulares, realizar dietas de moda, preferir comida rápida rica en grasa y el picoteo entre la comida; los hace más vulnerables a una mala nutrición<sup>2</sup>.

Al ser responsables de su propia ingesta de alimentos, esta responsabilidad y autorregulación alimentaria, influyen directamente en su estado nutricional<sup>2</sup>; en la presencia de deficiencias o exceso nutrimentales, enfermedades derivadas de la alimentación, y estar propensos a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria<sup>3</sup>; a pesar de que los hábitos alimenticios comienzan desde la infancia, no se le debe restar importancia al poder de decisión que los adolescentes tienen en este momento y la repercusión que puede llegar a tener en su estado de salud, haciéndolos un grupo de población vulnerable y clave para la promoción de un estilo de vida saludable<sup>4</sup>.

En la actualidad, más de mil millones de personas sufren de sobrepeso en todo el mundo, de las que trescientos millones pueden ser considerados como obesos. De acuerdo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017<sup>5</sup>, el número de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los cinco y los 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios. Las conclusiones de un nuevo estudio dirigido por el Imperial College de Londres y la OMS indican que, si se mantienen las tendencias actuales, en 2022 habrá más población infantil y adolescente con obesidad que con insuficiencia ponderal moderada o grave.

México, en los últimos años ha vivido una transición epidemiológica nutricional, originada por las modificaciones en el estilo de vida, mayormente por el sedentarismo, el aumento de horas frente a pantalla, incremento de stress, entre otros factores que han modificado el tipo de alimentación. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016<sup>6</sup> (ENSANUT MC, 2016) sobre la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población adolescentes de 12 a 19 años, reportan para sobrepeso el 22.4% y 13.9% obesidad, según sexo, en la población masculina se reporta con sobrepeso 18.5% y 15% obesidad, mientras que para el sexo femenino con sobrepeso 26.4% y 12.8% obesidad. Según la ENSANUT 2012<sup>7</sup> en el estado de Jalisco, reportan para sobrepeso el 29.88% y 25.10% obesidad; en caso de los

adolescentes sigue siendo preocupante, ya que 1 de cada 3 presenta sobrepeso y 1 de cada 20 es obeso.

De acuerdo con la ENSANUT 2012<sup>7</sup>, en México 7 de cada 10 hogares presentan algún grado de inseguridad alimentaria (IA) de la cual el 41.6% leve, 17.7% moderada y 10.5% severa. El total de hogares con IA moderada y severa es del 28.3%, que representa alrededor de 8 322 486 hogares, que tuvieron que disminuir la cantidad de alimentos consumidos o experimentaron hambre. La IA se presenta cuando existe disponibilidad limitada a los alimentos nutricionalmente adecuados; en niños de 2 a 4 años se observó que la diversidad de la dieta disminuye conforme aumenta el nivel de IA en el hogar, con respecto a la adecuación en el consumo de energía, ésta no se cubre en los niños que pertenecen a hogares con IA moderada y severa. Estos

hallazgos muestran que la magnitud de la inseguridad alimentaria en México es relacionada con las dimensiones del acceso y consumo de alimentos, afecta gran parte de los hogares mexicanos, lo cual lleva una correlación con enfermedades crónicas no transmisibles<sup>8</sup>.

La alimentación varía en cada individuo, y es determinada por su nivel socioeconómico, que contemplan los ingresos económicos, el nivel de estudios, condiciones de vivienda, entre otros; así como los gustos, costumbres, necesidades particulares, entre otros aspectos; teniendo en cuenta que una alimentación de calidad y saludable se puede llevar a cabo a un bajo costo, siempre y cuando los individuos reciban orientación alimentaria<sup>9</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo descriptivo, correlacional y transversal sobre el comportamiento alimentario y nivel socioeconómico en adolescentes estudiantes de dos escuelas secundarias del estado de Jalisco.

El estudio se realizó en una muestra de 123 adolescentes (sexo femenino n= 79; sexo masculino n=44), pertenecientes a dos escuelas secundarias, una pública y otra privada del estado de Jalisco; la escuela pública perteneciente al municipio de Las Pintas y la escuela privada en el municipio del Salto, la muestra fue elegida por

conveniencia, dado que se consideraron los alumnos asistentes; todos los sujetos fueron voluntarios, quienes sus padres firmaron un consentimiento informado previo a la evaluación.

Instrumentos de recopilación de información  
Se aplicaron dos instrumentos con la finalidad de evaluar el comportamiento alimentario (CA) y clasificar el Nivel Socioeconómico (NSE). Entre los instrumentos de evaluación se utilizó el Cuestionario de Comportamiento Alimentario, de los autores Yolanda Fabiola

Márquez-Sandoval, Erika Nohemí Salazar-Ruiz, Gabriela Macedo-Ojeda, Martha Betzaida Altamirano-Martínez, María Fernanda Bernal-Orozco, Jordi Salas-Salvadó y Bárbara Vizmanos-Lamotte<sup>10</sup>, para evaluar el comportamiento alimentario (CA) de los adolescentes, el cual fue validado en estudiantes mexicanos, consta de 31 preguntas con opción de respuesta múltiple, se divide en 4 factores y sus ítems correspondientes para cada uno: Factor 1: Preferencia alimentaria: 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22; Factor 2: Consumo de alimentos: 4, 5, 9, 10, 23, 24, 25, 26; Factor 3: Necesidades nutrimentales: 1, 2, 6, 8, 30 y Factor 4: Estado de salud: 3, 27, 28, 29, 31; el CA se clasificó en CA saludable si este contaba con una puntuación igual o mayor a 11.62 puntos, y un CA no saludable si la puntuación era menor a 11.62. Para obtener la puntuación total del instrumento se suman un punto por cada respuesta correcta.

También se aplicó el cuestionario para la clasificación del Nivel Socioeconómico y la aplicación de la regla AMAI 201811, creados por la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI); el índice de Niveles Socioeconómicos (NSE) es la regla, basada en un modelo estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades, hábitos de consumo y gasto de los hogares mexicanos. El cuestionario consta de 6 preguntas, cada una de las preguntas cuenta con categorías de respuesta donde se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el NSE al que pertenece el hogar; una vez que se hayan realizado las preguntas del cuestionario, se deberán sumar los puntos obtenidos para cada uno de los hogares, y se utilizaron los siguientes puntos de corte para el NSE A/B 205+, C+ 166 a 204, C 136 a 165, C- 112 a 135, D+ 90 a 111, D 48 a 89 y E 0 a 47.

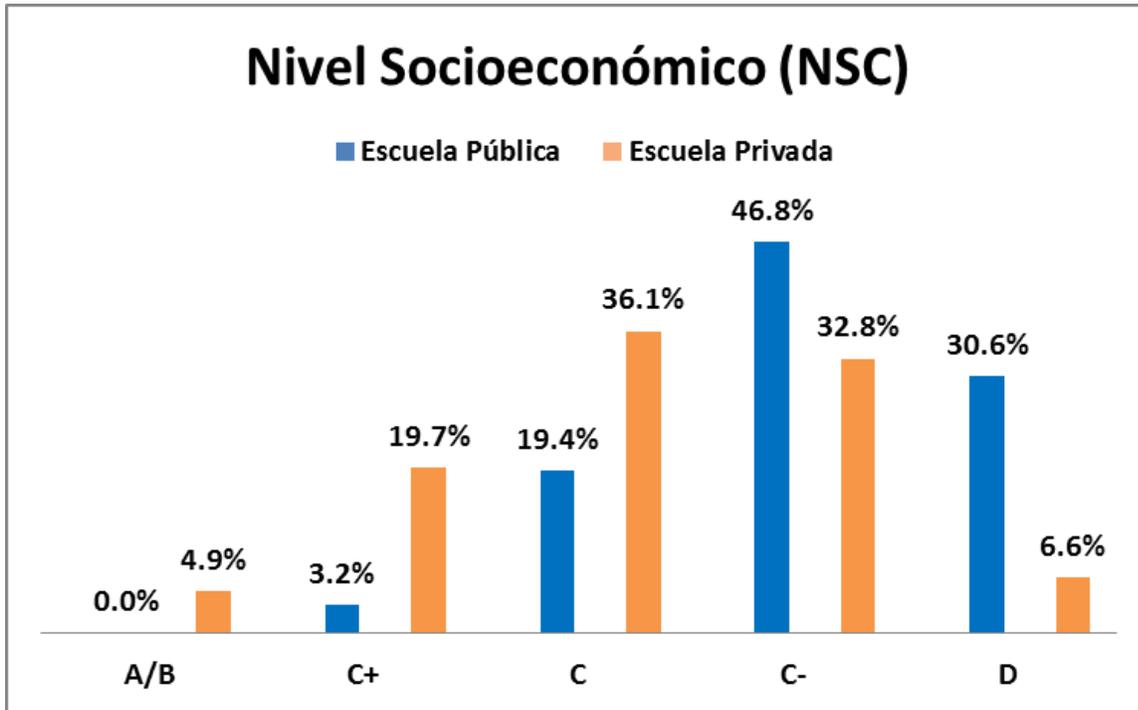
## RESULTADOS

El número de estudiantes que se evaluó fue un total de 123 alumnos, de los cuales 44 hombres (36.3%) y 79 mujeres (62.9%), con una media de edad de 13 años en ambas escuelas (pública y privada), mediante el cuestionario AMAI se identificó el nivel socioeconómico con el que cuentan los adolescentes de ambas escuelas. Podemos observar que en ambas escuelas se presentan diferentes niveles socioeconómicos desde el nivel NSE A/B hasta el D, a excepción del NSE A/B en la

escuela pública, como era de esperarse, así como NSE D en la escuela privada, ya que esta cuenta con un programa de becas; el contar con un panorama tan heterogéneo según el NSE hace que los adolescentes puedan ser influenciados en sus hábitos de elección, preparación y consumo de alimentos dentro de la escuela. El conocer el NSE de la familia del adolescente nos permite determinar si este cuenta con inseguridad alimentaria en su hogar y

presentar algún riesgo en su salud (ver figura 1).

Figura 1  
NIVEL SOCIOECONÓMICO

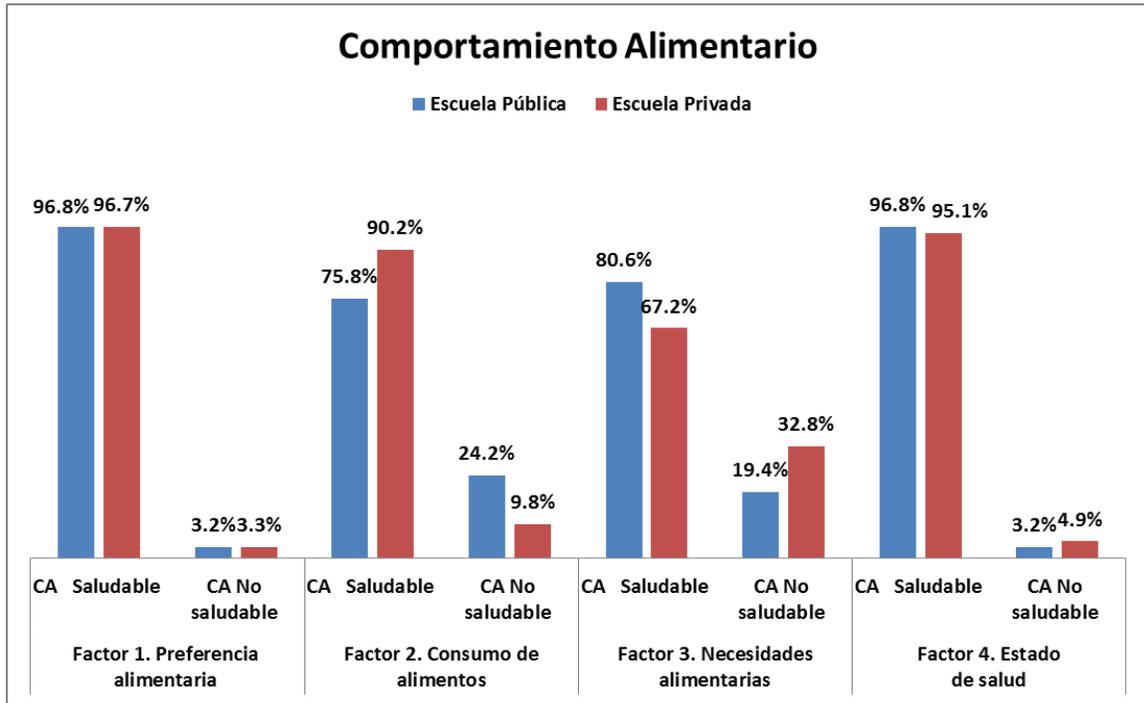


**Fuente:** Elaboración propia.

Al analizar el comportamiento alimentario en sus 4 factores encontramos que en ambas escuelas el comportamiento alimentario es muy similar, de mayor porcentaje el comportamiento alimentario saludable en los 4 factores, sin embargo, es de considerar que para el comportamiento alimentario no saludable el Factor 2. Consumo de alimentos se presenta mayor porcentaje en la escuela

pública y el Factor 3. Necesidades alimentarias, el mayor porcentaje se presenta en la escuela privada; esta diferenciación entre los factores presentes en las distintas escuelas consideramos se debe al tipo de escuela de procedencia de los adolescentes (ver figura 2).

Figura 2  
COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO



**Fuente:** Elaboración propia.

Con respecto a la relación entre el comportamiento alimentario y nivel socioeconómico encontramos una relación lineal entre el comportamiento alimentario y

el factor 2. Consumo de alimentos ( $r$  de Pearson= 0.244;  $p < .007$ ), el cual está ligado a la capacidad adquisitiva (ver Tabla 1).

**Tabla 1**  
**CORRELACIÓN COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Correlaciones						
		Factor 1. Preferencia Alimentaria	Factor 2. Consumo de alimentos	Factor 3. Necesidades alimentarias	Factor 4. Estado salud	Nivel Socioeconómico
Factor 1. Preferencia Alimentaria	Correlación de Pearson	1	.404**	-.004	.426**	.072
	Sig. (bilateral)		.000	.963	.000	.428
	N	123	123	123	123	123
Factor 2. Consumo de alimentos	Correlación de Pearson	.404**	1	.026	.235**	.244**
	Sig. (bilateral)	.000		.772	.009	.007
	N	123	123	123	123	123
Factor 3. Necesidades alimentarias	Correlación de Pearson	-.004	.026	1	.253**	-.028
	Sig. (bilateral)	.963	.772		.005	.757
	N	123	123	123	123	123
Factor 4. Estado salud	Correlación de Pearson	.426**	.235**	.253**	1	-.085
	Sig. (bilateral)	.000	.009	.005		.350
	N	123	123	123	123	123
Nivel Socioeconómico	Correlación de Pearson	.072	.244**	-.028	-.085	1
	Sig. (bilateral)	.428	.007	.757	.350	
	N	123	123	123	123	123

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

## DISCUSIÓN

Según Díaz et al<sup>12</sup> el estudio del comportamiento alimentario implica un abordaje multifactorial y transdisciplinar; esto permite reconocer que múltiples aspectos son influyentes en el patrón de consumo de alimentos. Lo cual, evidentemente, requiere el abordaje desde distintos campos del conocimiento y el aporte articulado de cada uno de ellos; la

literatura evidencia una preocupación por la ingesta, es decir la cantidad consumida del alimento y sus características, así como, por las condiciones bajo las cuales se consumen y todo aquello que detrás de la elección; por esta razón es de suma importancia indagar sobre el recurso económico destinado a la compra de alimentos (el cual puede ser independiente a nivel socioeconómico),

hábitos de consumo, sitios de consumo, emociones y experiencias relacionadas con la alimentación, brindando un panorama de las condiciones de consumo a nivel poblacional y de manera individual. Como lo reportamos en los resultados la diferencia entre los factores del comportamiento alimentario se debe a la escuela de procedencia y el entorno en el que se desenvuelve el adolescentes, estas condiciones y las experiencias previas se interiorizan en la memoria de los individuos, que influyen su comportamiento alimentario y los hace proclives a presentar inseguridad alimentaria (IA), situación de suma cuidado en la etapa de la adolescencia por su vulnerabilidad en la toma de decisiones.

La inseguridad alimentaria (IA) como consecuencia del consumo de una dieta que ha disminuido su calidad y cantidad de alimentos, es mucho más lacerante debido a que se relaciona con la presencia de una serie de problemas de salud, emocionales y de comportamiento, que afecta principalmente a madres e hijos según el estudio Epidemiología de la IA en México<sup>8</sup>; con lo que respeta al comportamiento alimentario de la población estudiada, encontramos que un comportamiento alimentario no saludable del 83.9% en la escuela pública y del 77% en la escuela privada; en otro estudio realizado en el 2014 por Shamah-Levy, Mundo-Rosas y Rivera-Dommarco<sup>7</sup> donde abordan la magnitud de la IA en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos, sus hallazgos muestran que la IA se relaciona

con las dimensiones del acceso y consumo de alimentos, afectando una proporción importante de los hogares mexicanos dando como resultado problemas relacionados con el estado nutricional y enfermedades crónicas no transmisibles; la IA no solo se limita a un inadecuado consumo de nutrientes y energía, sino también se asocia a la realización de cambios en los hábitos de alimentación (comportamiento alimentario) y la destinación de los recursos económicos en alimentación.

También se ha postulado que las personas que experimentan IA de manera crónica desarrollan desinhibición alimentaria, es decir, aprenden a ignorar sus señales de hambre y saciedad y guían su consumo en función de la disponibilidad de alimentos<sup>13</sup>. En un estudio se documentó que las mujeres con IA presentan más problemas de la conducta alimentaria como atracones de comida<sup>14</sup>, mientras que en los adolescentes de México<sup>15</sup> la IA se relacionó con mayor probabilidad de presentar dos formas de desinhibición alimentaria: hambre ante estímulos (comer por estado emocional) y comer en menos tiempo (rápido).

Una limitación del presente estudio es el tamaño de la muestra, su naturaleza transversal, lo que impide obtener conclusiones contundentes. Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los estudios que habían explorado la relación entre inseguridad y el estado nutricional, más no se contempla el comportamiento alimentario.

La mayor limitación de nuestro estudio es que no utilizamos una muestra representativa de adolescentes, lo que

reduce la posibilidad de extrapolar los resultados.

## CONCLUSIONES

Con lo anteriormente expuesto, cabe señalar que los adolescentes son una población muy vulnerable y proclives a presentar comportamientos alimentarios no saludables, por encontrarse en una etapa de formación y de toma de decisiones, influenciadas por su círculo social y medios de comunicación, las cuales no siempre son las acertadas, ya están influenciadas por lograr cierta aceptación y/o aprobación<sup>16,17</sup>; aunado a esto, la modernidad alimentaria ha traído consigo nuevas situaciones de consumo (las cuales no están directamente ligadas con el nivel socioeconómico), y nuevos significados a estos alimentos donde la transformación que se ha sufrido es en la vida social y familiar de los adolescentes, además de los cambios en los valores sociales, tradicionales, o en las normas familiares en la alimentación, afectando directamente en el comportamiento alimentario de estos los adolescentes, el cual se va a ver reflejado en su estilo de vida en la etapa adulta, con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos de la conducta alimentaria.

Los padres decidirán los alimentos que compran y consumen los adolescentes dentro del contexto familiar, pero los adolescentes tienen un papel importante en la decisión de los alimentos que consumen principalmente en el desayuno y en la colación, así como en las actividades que realizan mientras comen dentro del contexto escolar<sup>18,19</sup>; por ello, el papel del nutriólogo, como profesional de la salud, es primordial para llevar a cabo intervenciones de educación nutricional tanto en los padres, adolescentes y maestros, dentro del contexto escolar, ya que esto permitirá abrir un área de oportunidad para conocer los determinantes del comportamiento alimentario de los adolescentes dentro un contexto en el cual ellos, ejercen toma de decisiones bajo presión social de su círculo de amistades, esto nos permitirá diseñar estrategias de intervención más efectivas, basadas en la educación nutricional dirigida tanto a los padres como a los adolescentes para la promoción de hábitos alimentarios y de estilo de vida saludables.

## REFERENCIAS

1. González Sánchez Raquel, Llapur Milián René, Díaz Cuesta Mercedes, Illa Cos María del Rosario, Yee López Estela, Pérez Bello Dania. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev cubana Pediatr]. 2015 Sep. 87(3): 273-284. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003&lng=es).
2. Maganto Carmen, Garaigordobil Maite, Kortabarria Lorea. Variables antropométricas, hábitos y dietas alimentarias en adolescentes y jóvenes: diferencias en función del sexo. Acción psicol. [Internet]. 2016 Dic; 13( 2 ): 89-100. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578908X2016000200089&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578908X2016000200089&lng=es). <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17817>.
3. Santinelli M. Hábitos alimentarios y estilo de vida en adolescentes de 13 y 17 años de edad, que concurren que concurren la escuela secundaria de pavón arriba, de la provincia de santa fe. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. (2011). Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110709.pdf>
4. Cuervo C, Cachón J, Zagalaz Ma, González C. Conocimientos e intereses sobre hábitos alimentarios saludables y práctica de actividad física. Un estudio con población adolescente. Aula Abierta; volumen 47, nº 2, abril-junio, 2018, págs. 211-220.
5. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 11 de octubre de 2017; Comunicado de prensa. Londres. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>
6. Hernández M, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gomez L, Gaona E, Romero-Martínez M, Gómez-Humarán I, Saturno P, Villalpando-Hernández S, Avila M, Martínéz J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino; Resultados nacionales, 1era. Edición; Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT MC. 2016. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n3/299-305/>
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; Resultados nacionales, 2da. edición; Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2 da. edición; Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT. 2012. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
8. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Rivera-Dommarco J. La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. Salud Pública de México [Internet]. 2014;56 (1):S79-S85. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632374012>
9. Mundo-Rosas Verónica, Shamah-Levy Teresa, Rivera-Dommarco Juan A. Epidemiología de la inseguridad alimentaria en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013; 55( Suppl 2 ): S206-S213. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800018](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800018)
10. Márquez-Sandoval Yolanda Fabiola, Salazar-Ruiz Erika Nohemi, Macedo-Ojeda Gabriela, Altamirano-Martínez Martha Betzaida, Bernal-Orozco María Fernanda, Salas-Salvado Jordí et al Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. Nutr. Hosp. [Internet]. 2014 Jul; 30(1): 153-164. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112014000800020&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112014000800020&lng=es). <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.1.7451>

11. Nivel Socioeconómico AMAI. Comité de niveles socioeconómicos. Niveles Socioeconómicos, Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión; 2018. Recuperado de: [http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s\\_p/doc\\_ng/metodologia-nse-2018-amai.pdf](http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/metodologia-nse-2018-amai.pdf)
12. Díaz-Beltrán Mónica del Pilar. Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. Revista de la Facultad de Medicina [En línea], 62.2 (2014): 237-245. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revf/acmed/article/view/45414>
13. Dinour LM, Bergen D, Yeh MC. The food insecurity-obesity paradox: a review of the literature and the role food stamps may play. J Am DietAssoc 2007;107:1952-1961.
14. Kendall A, Olson CM, Frongillo EA Jr. Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption. J Am Diet Assoc 1996;96:1019-1024.
15. Ortiz-Hernández Luis, Rodríguez-Magallanes Magdalena, Melgar-Quiñónez Hugo. Obesidad, conducta alimentaria e inseguridad alimentaria en adolescentes de la Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2012 Dic; 69(6): 431-441. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462012000600004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000600004&lng=es)
16. Palenzuela Paniagua S.M., Pérez Milena A., Torres L.A. Pérula de, Fernández García J.A., Maldonado Alconada J. La alimentación en el adolescente. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2014 Abr; 37(1): 47-58. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113766272014000100006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272014000100006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006>
17. Alvarado Lagunas, E, Luyando Cuevas, JR. Alimentos saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León. Estudios Sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional [Internet]. 2013;21(41):144-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41725649006>
18. Luna Bernal, ACA, Laca Arocena, FAV. Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. Revista de Psicología [Internet]. 2014;32(1):39-65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337831261002>
19. M. J. Aguilar Cordero EGJ. Sobrepeso y obesidad como factor pronóstico de la desmotivación en Granada, España. Nutrición Hospitalaria. 2012 marzo. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/29\\_origi nal18.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/29_origi nal18.pdf)

## ARTÍCULO DE OPINIÓN

# El cuidado del adulto mayor desde la formación del estudiante de licenciatura en enfermería

The care of the elderly from the undergraduate student in nursing education

Laura Pueblito Centeno-Parra<sup>1</sup>, Adriana Martínez Díaz<sup>1</sup>, Alberto Juárez Lira<sup>1</sup>, Gabriela Palomé Vega<sup>1</sup>, Carlos Guzmán<sup>1</sup>  
Martínez, Ruth Magdalena Gallegos-Torres<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** El aumento en la esperanza de vida tiene como resultado un incremento de enfermedades relacionadas con la edad y, por lo tanto, la creciente necesidad de asignar a un cuidador que se haga cargo del adulto mayor cuando este no es funcional. Dicho cuidador se encuentra en riesgo de sufrir estrés o cansancio de no existir el apoyo físico, económico y psicológico que le ayude a solventar el proceso. Derivado de un sondeo informal al interior de una comunidad universitaria, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública de Querétaro, encontraron que existía un amplio número de cuidadores de adultos mayores. Como respuesta a este fenómeno, implementaron un programa en el que los propios estudiantes cuidaban del adulto mayor de forma gratuita en las instalaciones de la Facultad, con el objetivo de otorgarles atención multidisciplinaria segura y de calidad mientras que sus cuidadores principales tenían un tiempo libre para ellos mismos. Posterior a dos convocatorias en las que no existió respuesta, y luego de ajustar aspectos de logística, la tercera convocatoria fue exitosa. Se atendieron veintiocho adultos mayores por cuatro horas durante tres sábados. Los cuidadores gustaron del proyecto y participaron de manera entusiasta en el mismo, por lo que este primer piloto permite considerar implementar iniciativas como esta. Las recomendaciones al respecto son integrar la propuesta en un proyecto formal de trabajo, dar mayor difusión al programa, incrementar el número de sesiones con los adultos mayores, así como contar con un equipo multidisciplinario.

**Palabras clave:** cuidadores; escuela de enfermería; estudiantes de enfermería.

### ABSTRACT

**Introduction.** Life expectancy increases diseases related with age and because of that, there is the necessity to have a caregiver in charge of elderly people more when this one is not functional anymore. The caregiver has the risk to suffer stress or fatigue if this doesn't have economic, psychological or physical support to cope with the process. Based on an informal survey, Nursing students found that there are a large number of elder people caregivers. As part of this, the nursing students, implemented a program where students took care elderly people without charge, with the objective to provide safe multidisciplinary quality attention and in the meantime, caregivers could have time for themselves. After two announcements without any answer and after logistic settings, a 3th announcement was successful. Twenty-eight elderly people where attended during four hours by three Saturdays. Caregivers loved the project and they participated in an enthusiastic way. Because of this, it is possible to see the possibility of the implementation of programs like this one. The recommendations are to integrate a formal proposal, to have more diffusion of the project, to increase the number of sessions and to have a multidisciplinary team.

**Keywords:** caregivers; Schools, Nursing; Students, Nursing

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

Recibido: 3 de agosto de 2018.

Aceptado: 20 de septiembre de 2018.

Correspondencia para el autor: Ruth Magdalena Gallegos-Torres. Cerro de las campanas s/n. Col. Las campanas. C.P. 76010. Querétaro, Querétaro, México. isismgx@gmail.com

## **El cuidado del adulto mayor desde la formación del estudiante de licenciatura en enfermería**

La globalización ha permitido que los seres humanos tengan una mayor esperanza de vida, lo que conlleva un aumento de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la edad como hipertensión, mal de Parkinson y demencia. En referencia a esta última, la demencia es un síndrome generado por un deterioro en las funciones cognitivas que se manifiesta a través de una disminución en la memoria, alteración del comportamiento y una notable vulnerabilidad para la persona que la padece, de tal forma que pierde su autonomía y surge la necesidad de que alguien se haga cargo del “paciente”<sup>1</sup>.

La Organización de las Naciones Unidas refiere que en el mundo entero hay unos 50 millones de personas que padecen demencia y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos, siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia. Así mismo, clasifica a la demencia en tres etapas: la primera identificada como la etapa temprana y que es poco percibida por los familiares debido a que sus características son identificadas como “parte normal del envejecimiento”, la segunda etapa, conocida como intermedia, donde los signos y síntomas se vuelven más evidentes y limitantes; por último, se encuentra la etapa tardía en donde la dependencia e inactividad son innegables<sup>2</sup>.

Conforme a la pirámide poblacional, en el futuro, los adultos mayores serán el grupo de edad que predomina en México. La proyección del número de mexicanos afectados por demencia para el 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3.5 millones, por lo que el impacto de esta

enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será severo<sup>3</sup>.

Como respuesta, la Secretaría de Salud de México, crea el Plan de acción Alzheimer y otras demencias, en donde a través de ocho estrategias compuestas por sus líneas propias de acción, pretende “promover el bienestar de las personas con Enfermedad de Alzheimer y enfermedades afines y sus familiares, mediante el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud Mexicano, en sinergia con todas las instituciones responsables”. De entre las líneas de acción destaca promover el cuidado de la salud mental en todas las etapas del desarrollo humano, mejorar la calidad de la atención geriátrica, neurológica y psiquiátrica para lograr un manejo médico integral en etapas avanzadas de la enfermedad, el establecimiento, crecimiento, mantenimiento y regulación de los centros de día como una alternativa para el manejo integral del paciente con demencia, disminuir el impacto de la discapacidad y la dependencia a nivel individual, familiar y económico, impulsar la orientación familiar para un mejor cuidado y manejo de sus familiares afectados por la demencia, entre otros<sup>3</sup>.

Las estrategias que componen el Plan de Acción Alzheimer y otras demencias en México, 2014 son las siguientes<sup>3</sup>:

Estrategia 1. Prevención y promoción de la salud mental

Estrategia 2. Asegurar el acceso a servicios de calidad.

Estrategia 3. Diagnóstico y tratamiento oportunos de las personas afectadas por la enfermedad

Estrategia 4. Formación de recursos humanos específicos y suficientes

Estrategia 5. Promoción del respeto a los derechos humanos de las personas afectadas con demencia y de sus cuidadores.

Estrategia 6. Incrementar la investigación sobre la demencia.

Estrategia 7. Evaluar periódicamente la efectividad de las acciones propuestas.

Estrategia 8. Cuidados a largo plazo en las últimas etapas de la enfermedad.

El cuidar es un acto inherente a la vida, es el resultado de promover, proteger y preservar la humanidad<sup>4</sup> y ante el estado patológico, es la familia quien tiene que afrontar el impacto de la nueva situación<sup>5,6</sup>, sobre todo porque es complejo que la familia, a menos que tenga la solvencia económica, contrate a personal externo para el cuidado integral del familiar.

Hablar de los cuidadores familiares implica a personas adultas, con cierta cercanía o vínculo, ya sea por amistad o parentesco, quienes asumen las responsabilidades del cuidado del ser querido y participan con este en la toma de decisiones<sup>5</sup>. Generalmente se hace referencia a las mujeres; estudios señalan que en las patologías crónicas, más del 70% son mujeres las principales cuidadoras<sup>6</sup>.

La patología crónica implica convivir no sólo con el enfermo sino también con su enfermedad, y la necesidad de prestarle todos aquellos cuidados que el enfermo antes realizaba de forma autónoma<sup>1</sup>.

Se conoce como cuidador informal a aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente, no tienen un horario fijo, atribución económica ni formación en el área para dedicarse a la persona que está a su

cuidado<sup>4</sup>. El perfil del cuidador es predominantemente femenino (madres, esposas o hijas, principalmente)<sup>6</sup>; el hecho que determina a una persona como cuidador, es principalmente la relación que se comparte con el ser querido que se encuentra en estado vulnerable. La mayoría coincide que es un acto de amor, a pesar de que es algo que los cuidadores nunca imaginaron tener que cumplir<sup>7</sup>. Si bien es complejo estudiar el fenómeno del cuidado de un paciente crónico dadas las múltiples implicaciones personales, sociales, culturales, de género, entre otras, que la involucran, es un hecho que es necesario proporcionar educación a los cuidadores, ya que los contextos familiares y personales influyen precisamente en la manera en que se cuida y establecen una heterogeneidad en el proceso<sup>8</sup>.

Entre las actividades que realiza el cuidador destacan el apoyo para el aseo, preparación y administración de medicamentos, preparación de alimentos, movilización, traslado a citas médicas, otorgar cuidado emocional y apoyar en la toma de decisiones, entre muchas otras labores, por lo que el cuidador modifica su estilo de vida para poder adaptarse a las nuevas actividades que le han sido encomendadas dejando de lado aquellas de tipo recreativo o social, propiciando que se presente el colapso de cuidador, cuyos síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad, trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga<sup>7</sup>.

De acuerdo con De Valle-Alonso<sup>9</sup>, “la atención que realiza el cuidador familiar modifica el tiempo dedicado a sus acciones de recreo, actividades sociales, de relaciones, a su vida íntima y su libertad, provocando problemas en su armonía

emocional. El hombre o mujer que asume el papel del cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto origina una sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no, de ahí la importancia de tratar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor”.

Como respuesta ante el fenómeno ya señalado, dos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro buscaron identificar alguna problemática social o de salud en que como alumnos se pudiera intervenir o apoyar a la sociedad. Al respecto, se realizó un sondeo informal al interior de la comunidad estudiantil para determinar una frecuencia aproximada de adultos mayores, familiares de estos alumnos, que no fueran funcionales al 100%. Al detectar que la prevalencia es alta, desarrollaron e implementaron un programa, sin fines académicos, en el cual los estudiantes de enfermería cuidarían de forma gratuita a adultos mayores dentro de las instalaciones de la propia licenciatura, en donde se otorgara atención nutricional, fisioterapéutica y actividad física. De la misma manera se promovieron actividades mentales y culturales para que el cuidador primario pudiera tener un poco de tiempo libre de la responsabilidad de cuidar a su familiar. Se acudió con las autoridades administrativas de la licenciatura para plantear el proyecto, pues al tener a personas adultas mayores enfermas, se necesitaba pedir permisos, analizar riesgos y formular estrategias de acción.

El proyecto fue gestionado ante las autoridades de la Facultad y difundido a

través de folletos, redes sociales gratuitas y de la propia radio universitaria sin respuesta favorable ni de parte de alumnos voluntarios ni de los cuidadores que acudieran para inscribir a sus adultos mayores. Por lo tanto y después de dos años de trabajo y dos convocatorias sin resultados, se acudió con la Rectora, primeramente, quien aportó ideas para su difusión y con maestros de la misma licenciatura, quienes estimularon a sus alumnos para participar e incluso vincularon dentro del programa de sus asignaturas, actividades relacionadas con el proyecto. Así pues, en la tercera ocasión se contó con mayor difusión para esta propuesta y con una participación de los alumnos motivada por los profesores.

Antes de ser aceptados para participar en el programa, se citó a los cuidadores en compañía del adulto mayor que cuidaban, en las instalaciones de la escuela para realizarles valoración médica, socioeconómica y, por supuesto, de enfermería y así conocer el estado de salud del adulto para con base a este, se pudieran definir las actividades que le pudieran beneficiar; además, fue importante para determinar si existía algún nivel de riesgo para el adulto mayor o para el alumno que estuviera a su cargo durante el voluntariado.

Veintiocho adultos mayores fueron aceptados para asistir los días 3, 10 y 17 de marzo del año 2018 en un horario de 9 am a 13 pm a las instalaciones de la Facultad de Enfermería en el Centro Universitario para participar en la primera campaña “Cuidando Corazones”.

Las características sociodemográficas de los adultos mayores fueron las siguientes: Tres de ellos contaban con deterioro cognitivo, dos con demencia y el resto eran adultos

mayores funcionales, aunque con diversas afectaciones de salud como diabetes, hipertensión, problemas de rodillas, de espalda y depresión, entre otros.

La primera jornada voluntaria comenzó el sábado tres de marzo, cuando los cuidadores principales comenzaron a llegar con sus adultos mayores y un estudiante les fue "asignado", quien se encontraría a cargo del adulto mayor en el tiempo en que permanecieran en las instalaciones. Este tomó los signos vitales (presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y prueba capilar de glucosa) y una vez confirmados con su cuidador, se procedió a la firma de entrada. Una vez tomados los signos vitales, el familiar se podía retirar a realizar las actividades de su preferencia.

A continuación, los estudiantes procedieron a la realización de ejercicios de gimnasia cerebral de tipo individual o grupal, seguidos talleres de nutrición, de activación física y de rehabilitación. La actividad física que se implementó era apropiada para su edad, proporcionada por estudiantes de la Licenciatura en Educación Física y Ciencias del Deporte. Continuaron con arteterapia propuesta y guiada por estudiantes de enfermería. Más tarde estudiantes de la Licenciatura en Fisioterapia les brindaron los

ejercicios de rehabilitación. Al terminar, un grupo de canto representativo de la universidad se presentó para animar a los adultos mayores quienes disfrutaron bailando o cantando entre ellos o con sus cuidadores. Mientras ellos disfrutaban, estudiantes voluntarios les ofrecieron refrigerio.

Los siguientes sábados la dinámica fue parecida, con la diferencia en los grupos representativos; el último día se presentó la rondalla universitaria al término de la sesión. Al terminar el programa se aplicó una encuesta para conocer el beneficio del mismo para el cuidador principal del adulto mayor, en donde el 100% de los encuestados consideró que la campaña ayudó a su familiar; se sintieron tranquilos al saber que dejaban a su familiar a cargo de estudiantes de enfermería. Ninguno de los encuestados había participado antes en alguna campaña parecida que fuera basada en actividades voluntarias y como cuidadores, el tiempo libre que tuvieron lo utilizaron para cumplir el pago de servicios, realizar actividad física, hacer el aseo de la casa o salir a desayunar con conocidos.

## CONSIDERACIONES FINALES

Es evidente que en México cada vez aumentan las personas que se hacen cargo de un familiar enfermo, probablemente debido a la escasez de recursos económicos que impiden el pago a un profesional en el área de la salud que se haga cargo de ellos, lo cual obliga a un familiar normalmente a jugar el papel de enfermera las veinticuatro horas al día, dejando muchas veces de lado

sus propias necesidades, lo que le pone en riesgo de enfermar en muchas ocasiones más que el propio familiar que tiene a su cuidado.

Así, es necesario que las distintas instituciones de salud o formadoras de profesionales en el área, apoyen en la puesta en marcha de programas para cuidar de la

salud del cuidador, ya que cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación de sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida<sup>9</sup>. Así mismo, es importante que la población tome responsabilidad social, a través de actividades de voluntariado en las cuales se imparta la ayuda de calidad sin la retribución económica o material por aquella persona que recibe la ayuda.

De manera particular los estudiantes de la Facultad tuvieron la oportunidad de interactuar con adultos mayores y apoyarles a realizar actividades muy parecidas a las que se realizan en un centro de día, desarrollar la empatía y respeto al tratar con pacientes que por su estado representaban todo un reto, la

retribución de un apoyo a la sociedad y la experiencia de que un estudiante en enfermería tiene la capacidad de realizar proyectos de diferente índole mediante la creatividad, disciplina y resistencia, además. En este sentido, los estudiantes pudieron fungir en las cuatro funciones asistenciales de la enfermería: asistencial, investigación, docencia y administración, involucrándose diferentes licenciaturas e incluso las facultades de bellas artes, informática y ciencias naturales, logrando el apoyo hacia el cuidador y otorgando atención multidisciplinar al adulto mayor.

El proyecto implementado fue un primer piloto, que, tiene áreas de mejora, como establecer de manera sistematizada las actividades con los adultos mayores, evaluar de manera formal los procesos con los cuidadores, mejorar la difusión del programa, fortalecer la parte de los docentes y alumnos que apoyan, entre otros.

## REFERENCIAS

1. García Alonso T, Martín Villamor P, Montero Catalina A. Alzheimer. Cuidados de enfermería hacia el cuidador: posible paciente oculto; 2015.
2. OMS. Demencia. Organización Mundial de la Salud; 2017.
3. Gutiérrez-Robledo LM, Arrieta-Cruz I. Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. *Gac Med Mex*; 2015;667-73.
4. López García EP. Puesta al día: cuidador informal. *Rev Enfermería C y L*; 2016;8(1):71-7.
5. Prieto AM, Torres IEF. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. *Cartagena (Colombia). Salud Uninorte*; 2008;24(2):181-90.
6. Barreto Osorio RV, Coral Ibarra R del C, Campos MS, Gallardo Solarte K, Ortiz VT. Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. *Salud UNINORTE [Internet]*. 2015;31(2):255-65. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522015000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200007)
7. Social IM del S. Demencia; 2015.
8. Carrillo-González GM, Barreto RV, Arboleda LB, Gutierrez-Lesmes OA, Gregoria-Melo B, Tamara-Ortiz V. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Rev la Fac Med*; 2015;63(4):669-75.
9. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE,

**ISSN:**  
**2448-7767**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**  
**JULIO DE 2019**



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.