Revista Salud y Bienestar social

Facultad de Enfermería-UADY

ISSN: 2448-7767

Vol.4 Núm. 2
julio-diciembre 2020

Artículos de investigación

Bienestar psicológico en personas con diversidad funcional intelectual.

Traducción y Validación de la Escala de Promoción Parental de la Actividad Física (ACTS-MG)

Evaluación de una intervención psicoterapéutica con padres en duelo por la muerte de un hijo.

Correlación entre conductas de riesgo y nivel socioeconómico en adolescentes de educación media superior.

Estilo de vida en personas con diabetes tipo 2 de "la huerta del estado" de Yucatán.

Estudiantes de enfermería: valores y creencias en el consumo de alcohol y tabaco.

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.

Revista Salud y Bienestar Social

Facultad de Enfermería-UADY

Volumen 4, Número 2

Julio-Diciembre de 2020

Comité Editorial

Eloísa del Socorro Puch Kú
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

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Universidad Autónoma de Nuevo León

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

Dra. Carolina Elizabeth Medina Escobedo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Saul May Uitz
Universidad Autónoma de Yucatán

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

Dr. Martín Castro Guzmán
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo
Universidad Autónoma de Yucatán

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

CONTENIDO

ARTÍCULOS ORIGINALES	Página
Bienestar psicológico en personas con diversidad funcional intelectual Emily Irene Espadas Sosa Dora Esperanza Sevilla Canto *Universidad Autónoma de Yucatán*	**1**
Traducción y Validación de la Escala de Promoción Parental de la Actividad Física (ACTS-MG) Luis Alberto Vázquez Pérez *Universidad Autónoma de Yucatán* Mónica Hattori Hara *Secretaría de Educación del Estado de Yucatán* Lizbeth González Herrera *Universidad Autónoma de Yucatán* Alejandro Zavala Cervantes *Capella University*	**20**
Evaluación de una intervención psicoterapeútica con padres en duelo por la muerte de un hijo Ana María Ancona Rosas María de Lourdes Cortés Ayala *Universidad Autónoma de Yucatán*	**33**
Correlación entre conductas de riesgo y nivel socioeconómico en adolescentes de educación media superior Sheila Mariela Cohuo Cob Didier Francisco Aké Canul Freddy Javier Amaya Cel María José Cano Chi Ashley Scolly Cupul Ruiz Lizzie Emiré Gamboa Canché, et. al. *Universidad Autónoma de Yucatán*	**51**

Estilo de vida en personas con diabetes tipo 2 de "la huerta del estado" de Yucatán **61**
Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar
Saydi Paloma Santoyo Fuentes
Julia Alejandra Candila Celis
Universidad Autónoma de Yucatán
Maricruz Ortegón Uicab
Medical Care & Research
María Fernanda Tovar Cetina
Universidad Autónoma de Yucatán
Alexa Gabriela Castillo Pacheco
Instituto Mexicano del Seguro Social

Estudiantes de enfermería: valores y creencias en el consumo de alcohol y tabaco. **73**
Laura Dioné Ortiz Gomez
Lucy Minelva Oxté Oxté,
Ligia María Rosado Alcocer
Dallany Trinidad Tun González
Raquel de los Ángeles Cámara Herrera
Universidad Autónoma de Yucatán

ARTÍCULO ORIGINAL

Bienestar psicológico en personas con diversidad funcional intelectual

Psychological wellbeing in people with intellectual functional diversity

Emily Irene Espadas Sosa[1], Dora Esperanza Sevilla Santo[2]

RESUMEN

Propósito: evaluar el bienestar psicológico en personas con diversidad funcional intelectual. **Material y métodos:** se diseñó y aplicó una Encuesta de Bienestar, acorde a la teoría PERMA (Seligman, 2011), a 52 jóvenes adultos con diversidad funcional intelectual; posteriormente se realizaron 22 entrevistas semi-estructuradas y exploratorias de Bienestar a 9 jóvenes, 8 madres de familia, un abuelo, una abuela, dos profesoras, un profesor y la trabajadora social del plantel -considerando los mismos indicadores de la teoría PERMA (Seligman, 2011). **Resultados:** La investigación, de tipo mixta, evaluó y obtuvo que, basados en la teoría PERMA (Seligman, 2011), los y las jóvenes con diversidad funcional poseen un buen repertorio de emociones positivas, experimentan escasas actividades que fomenten su involucramiento tanto en la escuela como fuera de ella; así como que desconocen sus principales fortalezas personales. **Conclusiones:** No cuentan con un círculo social con pares, únicamente con su medio familiar, que en ocasiones actúa de manera sobreprotectora, particularmente con las mujeres; sienten que su vida cobra más significado cuando son útiles para otras personas y les pueden ayudar, y su planteamiento de metas es escaso, debido a que no se les fomenta independencia y autonomía.

Palabras clave: Bienestar psicológico, psicología positiva, teoría PERMA, diversidad funcional.

ABSTRACT

Purpose: evaluate well-being in people with functional diversity. **Materials and Methods:** That is why, a Wellbeing Survey was designed according to the PERMA theory with 52 young adults with intellectual functional diversity, as well as, subsequently, 22 semi-structured and exploratory Welfare interviews were conducted (9 young people, 8 mothers, a grandfather, a grandmother, three teachers and a social worker on campus), considering the same indicators of the PERMA theory. **Results:** The mixed-type research, based on the PERMA theory (Seligman, 2011) evaluated and obtained as a result that young people with functional diversity have a good repertoire of positive emotions, experience few activities that encourage their involvement both in school and outside of it, as well as ignore their main strengths personal. **Conclusion:** they do not have a social circle with peers, only with their family environment, which sometimes acts in an overprotective manner, particularly with women; they feel that their life becomes more meaningful when they are useful to other people and can help them, and their achievement is scarce, because they are not encouraged independence and autonomy.

Key words: Wellbeing, positive psychology, PERMA theory, diversity, functional diversity.

[1]Universidad Marista de Mérida. Facultad de Educación. Yucatán, México.
[2]Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Educación. Yucatán. México.

Recibido: 15 de octubrre de 2019.
Aceptado:19 de febrero de 2020.

Correspondencia para el autor: Emily Irene Espadas Sosa. Periférico Norte, Tablaje catastral 13941. Carretera Mérida-Progreso, C.P. 97300. Mérida, Yucatán, México.
Mérida, Yucatán, México. Calz Francisco I. Madero 1237, Zona Centro. C.P. 25000, Saltillo, Coahuila, México.
emily.espadas.sosa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El término persona con diversidad funcional es definido desde "dentro", siendo la primera denominación de la historia en la que no se da un carácter negativo ni médico a la visión de una realidad humana. Esto se refleja en el "grito" de "Nothing about us with out us"- "Nada sobre nosotros sin nosotros"- (Iáñez, 2010, p.48).

Actualmente, el énfasis radica en el uso de un término que ha estado surgiendo de la propia "voz" de las personas: la diversidad funcional. Este colectivo señala que el concepto de discapacidad, si bien representa un avance -en el trato, en la propuesta de convenciones internacionales, por poner ejemplos-, sigue siendo estigmatizante; por ello se plantea que las personas pueden nacer o adquirir una problemática de tipo funcional en algún área de su vida, sin que por ello su vida sea valorada únicamente en función de sus capacidades; es decir, de las aportaciones que realizan para la sociedad.

En el planteamiento del estudio surgieron dos interrogantes, en primer lugar, ¿por qué valorar el bienestar de las personas con diversidad funcional?, y, en segundo término, ¿es posible evaluar el bienestar psicológico?

Respondiendo a los cuestionamientos anteriores, es que parece relevante aclarar el interés por evaluar el bienestar. Por eso, es importante señalar que al hacer un análisis de la literatura en relación a la diversidad funcional (aunque básicamente aún el concepto de mayor uso es el de discapacidad) es que fue posible percatarse de que la mayoría presenta alguna de las siguientes características:

- La recurrencia a hablar acerca del dolor que conlleva para la familia el vivir con un miembro con diversidad funcional.
- Lo escasamente que son sujetos directos de investigación las propias personas con diversidad funcional.
- El énfasis en la propuesta de estrategias para que las personas con diversidad funcional tengan más éxito en su adaptación académica.
- El enfoque en las consecuencias emocionales por las que atraviesan las personas cuidadoras de personas con diversidad funcional.

Lo anterior planteó aún más análisis, pero, sobre todo, una necesidad: la de traspasar una postura centrada en el déficit, tan permeada en personas en condiciones adversas, o que se escapan de la "media". Por ello, es que se delimitó investigar acerca del bienestar, y eso permite responder la segunda interrogante, pues el enfoque que se manejó fue el que brindaba la psicología positiva.

En México, un 5.1% de la población total del país presenta alguna diversidad funcional; donde 19 de cada 100 son menores de 30 años de edad, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2010), nicho del estudio.

De manera específica, Yucatán se encuentra entre las entidades por encima de la media nacional en cuanto a población con diversidad funcional (INEGI, 2013), un 24.2%

de la población total con diversidad funcional (124,638 personas) presenta algún tipo de diversidad funcional intelectual. Al respecto, la Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual (CONFE, 2013) señala que una de cada diez familias en México vive con algún miembro con diversidad funcional intelectual.

Dicha situación pone de relieve la importancia de trabajar con este colectivo, especialmente con aquellos que se encuentran en la edad adulta; puesto que ha sido un tema poco estudiado, habiéndose centrado más en el desarrollo de la infancia y la adolescencia en función de la conducta adaptativa, la rehabilitación, la consideración de aspectos físicos y/o de salud, lenguaje, desarrollo de habilidades sociales, necesidades académicas o de índole inclusiva. Todo lo anterior ha sido muy importante, cabe aclararlo, pero ha sido poco analizado el bienestar, pareciendo equipararse éste con aspectos de índole externa: asistencia a talleres, actividades ocupacionales o la integración a un trabajo.

Es así que el enfoque de este estudio se centró en los aspectos de bienestar, pues se considera que han sido características poco exploradas en personas con diversidad funcional intelectual; respecto a esto Dagnan (2008) menciona que las necesidades emocionales de las personas con diversidad funcional intelectual han sido descuidadas. De aquí el interés por investigar en esta área, para lo cual se plantearon los siguientes objetivos:

1. Valorar el bienestar en personas adultas con diversidad funcional, desde la visión que ellos mismos tienen de su vida, la de sus padres y la de su profesor/a.

2. Promover los indicadores de bienestar en personas adultas con diversidad funcional intelectual, a partir de una intervención psicoeducativa.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, se plantearon tres objetivos específicos:

Para sustentar el estudio, es importante especificar los dos modelos teóricos, rectores de la presente investigación: el paradigma de la diversidad y el de la psicología positiva.

La concepción de diversidad funcional intelectual ha pasado por varias etapas hasta lo que se conceptualiza en nuestros días, por lo que es importante describir los modelos predominantes de intervención en este ámbito con la finalidad de comprender la forma en que actualmente es comprendida, lo que permite entender las expectativas que se tienen sobre este colectivo de personas.

En esta nueva conceptualización, se reconocen las limitaciones o restricciones en algunas capacidades (motrices, visuales, auditivas o intelectuales) pero también la existencia de habilidades, otras capacidades y fortalezas presentes en la persona que es referida con alguna diversidad funcional. Algunos autores señalan que el cambio de término obedece a una concepción más digna y menos discriminatoria hacia este colectivo, históricamente enajenado (Romañach y

Lobato, 2005; Romañach y Palacios, 2006; Navarro, Estévez y Sánchez Cuervo, 2010).

Romañach (2010) señala y sustituye el término discapacidad por diversidad funcional, considerando que la diversidad funcional ha sido percibida por la sociedad de diferentes maneras a lo largo de la historia. Entre estas visiones y modelos sobre la realidad humana se encuentran: los modelos de prescindencia y castigo divino, el modelo médico-rehabilitador y los más modernos modelos social o de vida independiente, y, finalmente, el modelo de la diversidad, que se apoya en los derechos humanos y en la bioética.

Dentro del modelo de la prescindencia, es importante señalar que la diversidad funcional era considerada como un mal, una maldición o castigo divino. Dentro del modelo médico comienza a tratarse "esta especie de locura" en instituciones mentales, donde las personas con diversidad funcional eran excluidas o motivo de vergüenza familiar y/o social dada la diferencia física que presentaban en comparación a la norma.

Diversas condiciones centradas en el déficit (modelo médico), dieron origen al modelo social, desde el cual ya no se concibe a las personas con diversidad funcional como <el problema> sino lo que existe son prácticas discapacitantes (Iáñez, 2010). Derivados de este modelo surgen aspectos importantes como el derecho a la Vida Independiente y el énfasis en las capacidades. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos anteriores, no parecía haberse encontrado la solución a la situación de las personas con diversidad funcional. En este nuevo siglo se empezó a hablar acerca de una educación incluyente, lo cual se extendió hacia una sociedad incluyente. Se empezó a perder la "invisibilidad" de las necesidades en las personas con diversidad funcional.

En 2001 se crea en España el Foro de Vida Independiente, espacio en línea que también ha realizado cursos de verano, con la intención de debatir y difundir la Filosofía del Movimiento de Vida Independiente, donde varios defensores del movimiento de apoyo ético a la diversidad funcional acuñaron en 2005 el término anterior.

Específicamente, el término "persona con diversidad funcional" tiene su origen en los debates que se crean en el Foro de Vida Independiente señalado con anterioridad, y surge porque en un análisis de los términos que se habían venido empleando para denominar a este sector de población (inválido, subnormal, deficiente, inútil, retrasado, idiota, minusválido, mutilado, lisiado, etc.), contemplan una semántica peyorativa. A pesar de todos los cambios denominativos, hoy se prefiere utilizar el de persona con discapacidad, como término "políticamente correcto", evitando sustantivar lo adjetivable, de modo que se antepone la persona a la enfermedad y/o deficiencia. Lo cierto es que discapacidad es un término con un sentido eminentemente cultural, y que, como tal, depende del sentido concedido a otro concepto contrapuesto, pero construido igualmente de forma cultural, como es el de normalidad (Iáñez, 2010).

En cuanto al modelo de la diversidad, éste va más allá del eje de la capacidad. La diversidad funcional se define como una realidad incontestable que, por otro lado, aporta riqueza a una sociedad formada por personas que son funcionalmente diversas a lo largo de la vida. En el nuevo modelo, el eje teórico es la dignidad de las personas que pertenecen a la diversidad, en este caso a la diversidad funcional intelectual. Una dignidad que es inherente a todos los seres humanos y que no está vinculada a la capacidad. Es en este concepto de dignidad, en el que parece estar una de las claves de las incoherencias discriminatorias de la realidad actual (Palacios y Romañach, 2008).

Por todo lo planteado es que el término persona con diversidad funcional parece acertado, ya que supone una manera diferente de mirar las capacidades. La primera justificación que convence para su uso es que nace en el seno de grupo representativo de personas involucradas, siendo así como deciden llamarse, ya que hasta ahora han sido personas sin diversidad funcional las que han designado la terminología para referirse a este sector de la población, lo que viene a destacar el poder que ostentan los "otros" para definir la identidad de los diferentes:

Como bien señala Ferreira (2010), la cuestión entonces no es la carencia de capacidades sino el no reconocimiento ni aceptación de ciertos modos particulares, diversos, de desenvolvimiento.

Las ideas antes desarrolladas permiten percibir a las personas con diversidad funcional intelectual desde un marco menos restrictivo, en donde pocas veces identificamos sus capacidades o aptitudes, pocas veces reconocemos sus intereses o gustos, pocas veces dejamos escuchar su voz o transformamos su conducta en palabras. Si empleamos el término "diversidad funcional intelectual", estaremos reconociendo a las personas en sí mismas como seres con capacidades y limitaciones como todos los demás; estaremos abandonando la idea de que son "niños/as eternos/as", así como el arraigado concepto de dependencia, del déficit y de que son personas sin capacidad de aprender y razonar.

Resulta importante entonces hacer una breve referencia a la psicología positiva, una corriente joven dentro del campo de la psicología que se centra especialmente en el estudio científico de la felicidad (Seligman, 2011). Los principales representantes son Seligman, Csikzentmilahayi y Fredrickson; Seligman es el primero quien indica públicamente en esta corriente, que la psicología había estado trabajando por décadas desde un enfoque del déficit, es decir, se centraba en lo que está "mal" de una persona, explorando poco lo que en realidad funciona de manera óptima.

El objetivo de la psicología positiva es poder evaluar (mediante la ciencia) y promover, el funcionamiento óptimo de las personas, con el fin de identificar factores en común, determinando así estrategias que puedan serles útiles a más personas (Seligman, 2011).

Con el nacimiento de la psicología positiva, un término asociado al bienestar es

el de felicidad, incluso suelen ser indistintos e intercambiables. Algunos autores utilizan igualitariamente el concepto de bienestar y el de felicidad; sin embargo, para Vázquez y Hervás (2009), a pesar de su popularidad, o quizás por eso mismo, el concepto de felicidad es tan abierto y polisémico que no es muy apropiado como objeto de una indagación científica. Por ello, resulta preferible el uso de equivalentes más precisos y menos controvertidos como, por ejemplo, el bienestar o bienestar subjetivo; sin embargo, en la presente investigación usaremos el término de bienestar.

Para Martin Seligman (2011), el bienestar se puede definir con base en la teoría PERMA, por sus siglas en inglés, la cual es detallada a continuación en la Tabla 1

Tabla 1. Definiciones de cada indicador de PERMA.

Dimensión	**Definición conceptual**
Positividad (positivity)	Para Fredrickson (2004), la positividad radica en la presencia de mayores emociones positivas que negativas, con un ratio de 3 a 1.
Involucramiento o flujo (engagement)	El flujo involucra a la conciencia. Todo lo que experimentamos –gozo o dolor, interés o aburrimiento- se representa en la mente como información. Si somos capaces de controlar esta información, podremos decidir cómo será nuestra vida. Experimentar mayor bienestar (Csikszentmihalyi, 2012).
Relaciones interpersonales (relationships)	Construcción y presencia de relaciones de calidad (Cuadra y Florenzano, 2003), que proporcionan apoyo emocional e instrumental en momentos de estrés y desafío, pero también proporcionan un sentido de conexión y la oportunidad de celebrar las cosas buenas de la vida.
Significado o sentido de vida (Meaning)	El nivel en que una persona percibe significado a su vida y siente que tiene un propósito, misión o meta le produce bienestar (Tarragona, 2013). Se divide en cuatro rubros: trabajo/logros, intimidad/relaciones interpersonales, espiritualidad/religiosidad y trascendencia/generatividad.
Metas alcanzadas (Achievement)	Seligman la define como la satisfacción cuando enfrentamos retos y alcanzamos logros, a ésta la denomina “vida victoriosa” (Tarragona, 2013).

En síntesis, el bienestar es conceptualizado con base en la presencia de los cinco factores señalados anteriormente. Es por ello que que esa definición fue el marco de referencia teórico y práctico del presente trabajo, Lo anterior obedece a la posibilidad de haber hallado en la psicología positiva herramientas útiles y prácticas para trabajar con la población del estudio, así como brindar un enfoque más positivo al desarrollo de la educación en la diversidad.

La psicología positiva se dedica a la promoción de un funcionamiento óptimo en las personas, el énfasis consiste en obtener el entendimiento de qué es lo que hace que vivir valga la pena. Seligman, considerado el padre de la psicología positiva, señaló que la psicología debiera enfocarse en construir

fortaleza, resiliencia y salud (Snyder, Lopez & Teramoto Pedrotti, 2011).

La mayoría de las personas, si no todas, a menudo están expuestas a circunstancias estresantes en la vida cotidiana. Entre estos estresores se incluyen desde el carácter impredecible de los acontecimientos que nos rodean, hasta pérdidas y decepciones importantes, incluso traumáticas. A pesar de esta faceta estresante de la vida, algunas personas siguen teniendo una perspectiva positiva de las cosas y un funcionamiento general característicamente positivo y eficaz, mostrando, si acaso, sólo algunas perturbaciones transitorias como respuesta a estos eventos especialmente adversos. Ante estas situaciones, la pregunta es: ¿Por qué hay algunas personas que no sólo mantienen un relativo funcionamiento físico y psicológico, sino que, además, de hecho, prosperan bajo circunstancias estresantes? (Vázquez y Hervás, 2009).

Pero sucede que las personas con diversidad funcional intelectual parecen encontrar pocas alternativas para su desarrollo. Existen pocas instituciones que los empleen, hay centros (organizaciones civiles y unos cuantos, de gobierno, principalmente municipales) a donde pueden asistir estas personas; sin embargo, el desarrollo de habilidades, la promoción de su propio bienestar o la posibilidad de una vida a futuro no parecen plantearse al interior de estas organizaciones. La mayoría de los adultos con diversidad funcional intelectual suelen quedarse en casa… así, en casa.

Por otro lado, ciertos estudios o publicaciones en el campo psicológico de la diversidad funcional se han desarrollado a partir de la idea del dolor que ocasiona para la persona misma o para la familia la presencia de la diversidad funcional (Navarro, 2000; Ehrlich, 2002). Lo que se propuso hacer con este estudio, fue construir una visión diferente, una más positiva, relatar una historia de la que poco se ha explorado: la de fortaleza y el bienestar.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación, de tipo mixta, se planteó desde el paradigma interpretativo, ya que pretendía comprender la realidad; se hizo uso de dos técnicas de recopilación de información: encuestas y entrevistas. Fue un estudio naturalista, partiendo de las situaciones del mundo real tal y como se desenvuelve naturalmente, con una actitud abierta a lo que surgiera y no manipuladora (Hernández, Fernández y Baptista, 2010); intentando capturar la forma en que las personas en contextos naturales experimentan sus vidas y los significados que les atribuyen (Bentz y Shapiro, 1998). Sustentándose prioritariamente en instrumentos y técnicas cualitativas (entrevistas y observaciones), para la recolección de datos; aunque también se apoyó en el uso de algún instrumento cuantitativo (escala de bienestar).

El diseño consistió en un estudio fenomenológico, ya que se describe el significado de las experiencias vividas por una persona o grupo de personas acerca de un concepto o un fenómeno (Creswell, Shope, Plano Cark, & Green, 2006). Además de que no se buscaba explicar los fenómenos, sino en conocer los aspectos individuales y subjetivos de la experiencia (Tesch, Thorsson, & Colliander, 1990). Uno de los aspectos más importantes fue dar voz a las personas con diversidad funcional intelectual, haciendo un análisis de los indicadores de bienestar en su vida. Posteriormente, se amplió la información proporcionada por ellos con lo que dijeron sus padres/madres y las profesoras.

En la Tabla 2 se detalla de manera general la metodología que se desarrolló durante todo el estudio, pues se tuvieron dos momentos de recopilación de datos.

Tabla 2. Población, escenarios, contexto e instrumento de evaluación.

Primera etapa de recopilación de datos				
Población	**Escenarios**	**Contexto**	**Participantes**	**Instrumento**
Alumnado de tres planteles de educación especial	4 Centros de Atención Múltiple (CAM).	Ubicados en el oriente, centro, sur y poniente de la ciudad	47 personas encuestadas	Encuesta de Bienestar
Segunda etapa de recopilación de datos				
Población	**Escenarios**	**Contexto**	**Participantes**	**Instrumento**
9 alumnos: 5 mujeres y 4 hombres entre 20 y 30 años	Un CAM con nivel de capacitación laboral, ubicado en el oriente de la ciudad.	Elegido debido a la mayor cantidad de alumnos, así como, a la disponibilidad de la directora del plantel y de la comunidad educativa en general, de colaborar en la investigación.	9 jóvenes con diversidad funcional intelectual. 2 profesoras, una trabajadora social y un profesor. 7 madres de familia, un abuelo y una abuela	Entrevistas individuales con alumnos/as Entrevistas con madres y padres de familia y personal de la escuela

Cuando se decidió explorar los indicadores de bienestar, acordes a PERMA (Seligman, 2011), una de las situaciones que se enfrentó fue la escasez de instrumentos que evaluaban el bienestar -desde el enfoque de psicología positiva- traducidos al

español y adaptados a la población con la que se trabajó. Por ello se decidió elaborar una encuesta que valorara los indicadores de Bienestar, misma que se sometió a jueceo de expertos que hicieron algunas observaciones y modificaciones. Una vez corregida la encuesta, fue aplicada y calificada mediante el Programa Estadístico Informático (SPSS).

El instrumento quedó conformado por 64 reactivos, distribuidos en las diferentes dimensiones y teniendo como respuesta una escala con tres opciones de respuesta: pocas veces, a veces y casi siempre, para que el nivel de dificultad al responder fuera mínimo (Tabla 3).

Tabla 3. Reactivos definitivos por dimensión

Dimensión	Número de reactivos
Positividad	1 – 30
Involucramiento o flujo	31 – 39
Relaciones interpersonales	40 – 50
Significado o sentido de vida	51 – 58
Metas alcanzadas	59 – 64

Posteriormente, se diseñaron tres guiones de entrevista para profundizar en la percepción sobre el bienestar de las personas con diversidad funcional intelectual.

Para la aplicación de la encuesta, el muestreo fue no probabilístico, siendo las autoridades de la Secretaría de Educación quienes designaron los Centros de Atención Múltiple (CAM) participantes y se trabajó con todos los alumnos que cumplían con los criterios de a) edad mayor a 18 años y b) que se encontraran ubicados en alguno de los talleres de capacitación laboral.

Para la realización de las entrevistas a profundidad con algunos/as de los/as alumnos/as con diversidad funcional, sus padres y profesores también se determinó una muestra no probabilística. Esta muestra estuvo conformada por nueve jóvenes pertenecientes a uno de los CAM que participaron en la primera etapa, cinco fueron mujeres y cuatro hombres.

Para la selección de estos nueve alumnos se partió de la encuesta de Bienestar aplicada. Inicialmente, se determinó una lista de 23 chicos/as encuestados en dicho CAM; sin embargo, se redujo en función de la disponibilidad que mostraron para continuar en el proyecto.

También se contó con la participación de siete madres y una pareja de abuelos que se hacen responsables de uno de los jóvenes. En cuanto a los profesores, se invitó a participar a aquellos que en sus grupos tenían a los jóvenes que participaban en el estudio; siendo un total de dos profesoras y dos profesores.

RESULTADOS

Con un promedio de edad de 21 años, los alumnos/as participantes del estudio se encuentran distribuidos como estudiantes de los talleres de cocina, carpintería, herrería y belleza. De manera particular, se caracterizan por ciertas situaciones: a) tres de ellos/as cuentan con un trabajo, si bien sólo uno es remunerado económicamente; b) dos de ellas se trasladan por cuenta propia al acabar la jornada escolar, las otras seis personas generalmente se movilizan con apoyo de su mamá; c) la mayoría de ellos/as, seis, viven al menos con su padre y madre, dos (un hombre y una mujer) viven sólo con su madre.

Con relación a la Encuesta de Bienestar, se analizaron las respuestas obtenidas a los reactivos en los tres rubros de la escala: casi siempre, a veces y pocas veces, las puntuaciones de cada pregunta que registraban una frecuencia mayor al 50% eran tomadas en consideración para su análisis y posterior significado.

Las personas con diversidad funcional intelectual participantes, presentan un mayor repertorio de *emociones positivas* que negativas, cumpliendo con el ratio de 3 a 1 propuesto por Fredrickson (2004) para experimentar bienestar; sin embargo, en los reactivos redactados en negativo (que evaluaban emociones negativas) se evidencia un porcentaje de respuesta en casi siempre, de aproximadamente el 50% de los/as participantes, por lo que parece que tienen una necesidad de regular la presencia de emociones negativas.

En cuanto al *involucramiento*, las personas con diversidad funcional intelectual parecen saber qué es lo que hacen bien (Csikszentmihalyi, 2012) en las actividades que se desarrollan en los talleres de capacitación laboral. La cuestión fundamental para el bienestar es si dichas actividades guardan relación con sus intereses y habilidades personales.

Un aspecto de gran bienestar lo parecen encontrar en las *relaciones interpersonales* (Peterson, 2006), ya que identifican a personas de su familia y de la escuela con la que pasan momentos agradables. Una reflexión para quienes laboran, colabora y/o conviven con ellos/as podría radicar en la manera en que se comunican y facilitan la expresión comunicativa de las personas con diversidad funcional intelectual, ya que no parecen sentirse comprendidos por las personas que les rodean.

La *vida significativa* parece encontrarse presente en las personas con diversidad funcional intelectual que dieron respuesta al cuestionario; siendo que esto es percibido a través de la espiritualidad (Emmons, 2003) y del servicio a los demás.

En cuanto a las *metas alcanzadas* (Emmons, 2003), es importante preguntarse lo siguiente: ¿la meta que se desea alcanzar, ha sido impuesta por ellos/as mismos/as o por alguien más? Las metas que se buscan lograr por propia cuenta, las intrínsecas, son más probables de alcanzar que las extrínsecas, que son señaladas por alguien

más. Para el caso de las personas con diversidad funcional intelectual, la mayor parte de las metas que alcanzan tienen origen en fuentes externas: las que la escuela o la familia ha delimitado, pero parecen reconocer escasamente dicha situación. Tales ideas se explican por la presencia de ideas del paradigma médico – rehabilitatorio.

Finalmente, se considera que la mayoría de las personas con diversidad funcional intelectual que dieron respuesta a la encuesta, tienen como principales características de bienestar los ámbitos de relaciones interpersonales positivas y las atribuciones significativas que hacen de su vida, pues fueron los indicadores con mayores frecuencias de respuesta. Como reflexión final, la regulación de las emociones negativas podría considerarse una necesidad de apoyo requerida para las personas con diversidad funcional intelectual que participaron.

Como se ha mencionado, después de las encuestas aplicadas, un número de jóvenes accedió a ser entrevistado/a, así como sus madres de familia. Se diseñó una entrevista semi-estructurada, considerando los cinco indicadores de bienestar de PERMA (Seligman, 2011), de tal manera, que pudiera señalar por ellos/as mismos/as la percepción que tienen acerca de sí y de las personas que les rodean.

Se realizaron entonces las nueve entrevistas, donde se exploraron las percepciones que tienen en relación a su propio bienestar. También se realizaron entrevistas con las madres, una abuela y un abuelo de los/as participantes; así como con la trabajadora social, dos profesoras y un profesor.

Posteriormente a la culminación del período de entrevistas, se realizó un análisis cualitativo de las mismas, que derivaron en sub-categorías. Enseguida se presenta la síntesis de la información que fue agrupada en categorías, acorde al modelo PERMA (Seligman, 2011) y basado en las respuestas que dieron los y las participantes. Cabe señalar que surgieron otros temas que no estaban contemplados en el esquema PERMA (Seligman, 2011), que se mencionan en la Tabla 4.

Tabla 4. *Categorías y dimensiones del análisis cualitativo*

INDICADOR DE POSITIVIDAD	
Categorías	**Definición**
Identificación de emociones.	Que los/as estudiantes sean capaces de identificar las emociones positivas o negativas que presentan.
Optimismo / pesimismo.	Indica la presencia de un esquema de pensamiento más optimista o uno de tipo pesimista.
INDICADOR DE INVOLUCRAMIENTO	
Reconocimiento de fortalezas personales.	Que los/as estudiantes sean capaces de reconocer las fortalezas y cualidades personales que poseen.
Oportunidades para flujo.	Se refiere a las actividades realizadas, donde se experimenta concentración e involucramiento, pues los retos presentados son adecuados a sus habilidades, recibiendo, al final de la acción, una retroalimentación positiva.
INDICADOR DE RELACIONES HUMANAS POSITIVAS	
Relación con la madre y/o la familia.	Se refiere al tipo de relación establecida con la madre o algún miembro más de la familia. Específicamente en cuanto a las oportunidades que tienen para su desarrollo de vida autónoma y toma de decisiones.
Relación con pares.	Se refiere a las relaciones de amistad establecidas con personas del centro educativo al que acuden, así como, con personas fuera del centro. Son las oportunidades que poseen los/as estudiantes para pertenecer a un grupo social acorde a sus intereses y etapa de vida.
Rol vital.	Hace referencia al trato de los/as que son sujetos por parte de las personas que los rodean. Ya sea como personas adultas o también pudiera presentarse un trato infantilizado. Por otro lado, también implica el interés que manifiestan hacia el tener relaciones de pareja.
INDICADOR DE SIGNIFICADO O SENTIDO DE VIDA	
Interés en la Iglesia y/o religión.	Se refiere al sentido percibido al pertenecer y practicar una religión.
Sentido de vida.	Implica el entendimiento del propósito de vida, del porqué vinimos a este mundo.
INDICADOR DE METAS ALCANZADAS	
Planteamiento de metas.	Se refiere a las metas establecidas, ya sea por ellos/as mismos/as o por alguien más.
Toma de decisiones.	Hace referencia a las decisiones que toman, ya sea que las tomen ellos/as mismos/as o alguien más decida por ellos/as asuntos de su propia vida.
OTROS TEMAS IMPORTANTES	
Ser escuchado/a.	Implica el interés de los/as participantes por ser escuchado/a cuando fueron entrevistados/as.
Interés en madres, padres y/o cuidadores por ser escuchados/as	Hace referencia al interés de los/as participantes por ser escuchado/a cuando fueron entrevistados/as
Visión de la diversidad funcional.	Contempla la visión que poseen los/as participantes (estudiantes; padres, madres y/o cuidadores, así como profesores/as) respecto a la diversidad funcional. Pudiendo identificarse con el paradigma de prescindencia, el médico, el social o el de la diversidad.

Se analizaron las entrevistas individualmente y caso por caso; es decir, se elaboró un cuadro donde se hizo referencia a lo mencionado por la persona con diversidad funcional, por la madre y por su profesor/a, de tal manera que cada caso permite conocer la definición de bienestar de cada participante, así como la percepción que tiene ante cada dimensión de bienestar. Se brindan enseguida algunos ejemplos de análisis de información:

Tabla 5. Indicador de Positividad. Se realizó la pregunta de si es una persona positiva o negativa (Caso Gabriel).

Lo que dijo el participante	Lo que dijo la madre	Lo que dijo el professor
- *Pues ahorita estoy más o menos porque estoy con los estudios…* - Ante la pregunta de optimismo dirían que ¿eres más negativo o preocupón, o positivo? *Pues pues sí porque a veces me preocupa… O sea, una de las mejores (cosas) pues es este estar bien, empezar bien con las personas, pero ya el otro, es ya que tanto que me están dice, y dice, tanto que me hablen, hace que me ponga muy triste o me desespere*.	-O sea Gabriel cuando usted le ha preguntado si es feliz, ¿qué dice? *Él dice que sí.* - ¿Qué estado de ánimo cree que presenta más Gabriel? ¿Positivo o negativo? *Ambos presentan a veces…las situaciones a su alrededor las toma con calma, pero si quizás hay alguien que le está recordando la situación, él se puede angustiar.*	*-Estén… Gabriel es un chico que llega todos los días de buen humor, es muy sociable. Le gusta saludar a medio mundo en ese sentido no hay ningún problema… ¿qué pasa con Gabriel? lo mismo no sé si en su casa no platica mucho pero aquí solo hace llegar y "hable, hable, hable" … pero si llega muy positivo.* - Usted considera maestro que él ¿es pesimista u optimista? *Es negativo, exacto, es que no le digo no "sí, tranquilo, relájate", es donde veo que él creo que piensa que le va a ir mal siempre, pero si tú lo orientas y platicas lo puede entender.*

Tabla 6. Indicador de Relaciones Interpersonales. Se realizó la pregunta: ¿cómo actúan las personas de tu alrededor cuando deseas hacer algo? (Caso Edna).

Lo que dijo la participante	Lo que dijo su madre	Lo que dijo la profesora
Señaló la respuesta: *no pasa nada* (en los que dicen que sí pero a veces no pasa nada) cuando se le preguntó cómo reaccionan su madre y profesora cuando ella desea hacer algo nuevo.	*Generalmente cuando está muy entusiasmada pues ella se pone colérica, se pone a llorar es muy exigente, ella quiere salir con lo que quiere hacer…* le explico *diciéndole que no se puede, que no se va a hacer.*	Se observa que Edna no realiza tantas actividades en clase, es la profesora quien las dirige. Algunos/as alumnos/as colaboran con la limpieza o copiando la receta al pizarrón.

Tabla 7. Indicador de Metas. Se realizó la pregunta: ¿Qué deseas para tu futuro? (Caso Ana).

Lo que dijo la participante	Lo que dijo su madre	Lo que dijo la profesora
Para el futuro "yo quiero aprender mucho".	*"Oye mamá, este, y será ¿qué me puedo mover sola?"* –le pregunta Ana a su madre-. *Inclusive para ir a la tienda yo no la mando sola, porque la tienda pues no está tan lejos, pero por decir está de aquí a la vuelta de la esquina, entonces es un espacio en el que yo no la puedo visualizar. Pero ella es bien ubicada la verdad…*	*Ana si dice que va a trabajar a diferencia de otras chicas. Pero hay muchas cosas que en realidad no decide…*

Una vez que se estableció toda la información obtenida en las entrevistas, es que se establecieron los análisis con la teoría revisada. Después de dicho análisis, parece ser que las y los participantes cuentan con indicadores de bienestar variados y diferentes.

Como señalan Carver, Scheier, Miller & Fulford (2009), los optimistas y los pesimistas enfrentan los problemas de diferente manera y manejan la adversidad de forma distinta; y estas diferencias tienen un impacto importante en sus vidas. Sin embargo, de manera general, para algunos/as de ellos/as, la *positividad* es un pilar de bienestar, pues aunque al inicio no les fue fácil identificar sus estados positivos, luego pudieron hacerlo. Aunque es importante reforzar su optimismo.

Para Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002), "el involucramiento se ha definido como un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción" (p. 79). Y, para los nueve, parece importante reforzar el *involucramiento*, particularmente a través del reconocimiento de sus fortalezas personales.

Quizás el hallazgo más consistente en la psicología positiva es que las relaciones buenas con otras personas -amigos, familiares y compañeros de trabajo- son el factor que contribuye de manera más importante a la buena vida psicológica (Park, Peterson & Sun, 2013). En general, los nueve participantes reportan no contar con *relaciones* de amistad con otras personas, por lo que su asistencia a la escuela y la participación en servicios religiosos nutren su necesidad de relacionarse. Más que una percepción, es un hecho, pues su desempeño social está altamente nulificado.

Todos coinciden que algo que les ayuda a tener una vida más *significativa* es el poder aprender y el ayudar a otros. Este último punto en específico parece residir en la noción de ser útil a otras personas. Dicho sentir, coincide con lo planteado por Emmons (2003), pues la trascendencia o generatividad es la contribución a la

sociedad, dejar un legado trascendiendo los intereses propios.

Es de llamar la atención que el indicador de *metas* parece promoverse más en los hombres que en las mujeres, específicamente en lo que se refiere a trabajar. Para las mujeres el planteamiento de metas ha sido escasamente promovido, para los hombres es diferente, pues sus madres parecen ser más conscientes de que sus hijos requieren contar con oportunidades de autonomía y empleo, que, a su vez, les permita contar con un ingreso.

Y es justo que entre los aspectos que distinguieron Diener et al. (1999) relacionados con el bienestar psicológico se encuentran las metas (entre otros), específicamente en lo que tratamos de lograr en la vida y qué tan exitosos somos al respecto.

DISCUSIÓN

En este último apartado, se presenta la convergencia de las encuestas aplicadas, así como de las entrevistas realizadas, así como, se realiza un análisis final y general a toda la investigación.

Tanto en la encuesta como en las entrevistas, el indicador de *positividad* (Fredrickson, 2004) es el que resulta más favorecido. Por otro lado, el indicador de *relaciones* (Peterson, 2006) obtuvo altos puntajes en la encuesta, ya con las entrevistas se comprendió la razón: todos y todas identificaron a personas de su familia como aquellas que les orientan y apoyan, pues no se exploró a profundidad en la encuesta el tema de las amistades. Sin embargo, es de cuestionarse si la deseabilidad social no se habrá presentado.

Si bien el indicador de *involucramiento* (Csikszentmihalyi, 2012) en la encuesta tuvo puntajes positivos, las preguntas se centraron en sus actividades en el taller que ya dominan pues son rutinarias. Pero en la entrevista, muy poco de ellos y ellas parecían sentirse en realidad involucrados con las actividades que realizan en los talleres de capacitación laboral. Incluso la gran mayoría parece desconocer las fortalezas personales que los distinguen y mucho menos parecen ser promovidas.

En cuanto al indicador de *vida significativa* (Emmons, 2003) en la encuesta se muestra una importancia hacia la religión, básicamente, en la asistencia a servicios religiosos. En las entrevistas se pudo comprender que es debido a que la iglesia es el lugar, fuera de la escuela, para socializar con personas de su edad, o a veces, simplemente para relacionarse con otros.

Por último, en el indicador de *metas* (Emmons, 2003), los y las participantes se mostraron muy optimistas en la encuesta. Ya al interior de las conversaciones, señalaron que muchas decisiones son tomadas por sus madres y familiares. La gran mayoría parece estar conforme con dicha situación pues son “especiales”, su autonomía parece ser poco promovida.

En síntesis, la encuesta fue de gran utilidad pues se pudo trabajar con una población de más de 40 personas, que respondieron por ellos/as mismos/as

preguntas que pocas veces se les plantean. Las entrevistas, por otra parte, les dieron voz a nueve jóvenes de expresarse y ser escuchados, y permitió conocer con mayor profundidad su propio sentir.

Resulta muy relevante, prácticamente parece obligado, hacer una revisión a los paradigmas de diversidad antes de realizar una publicación o investigación respecto al tema de diversidad funcional. Parece que aún persiste una visión médico – rehabilitadora, que compara constantemente a las personas con diversidad funcional con la norma, con la media; incluso mucha de la literatura habla de niveles intelectuales o "profundidad de la discapacidad". Y como se ha expuesto constantemente en la presente investigación, dicha visión es limitante y de poco aporte respecto a la dignidad de las personas con diversidad funcional.

Algo que vale la pena destacar es que suelen contar con un mayor repertorio de emociones positivas y fortalezas personales de lo que en realidad consideraban en un inicio. Sin embargo, se considera que la falta de visión positiva se debe a que en las instituciones en general (escuela o familia) escasamente se promueven aspectos de desarrollo positivo y pleno.

En cuanto a recomendaciones relacionadas con la realización de investigaciones en torno a la diversidad funcional, parece importante identificar el paradigma desde el cual estamos entendiendo la diversidad (Romañach y Palacios, 2006). En los textos académicos y de investigación todavía parecen existir ideas médico – rehabilitadoras, que colocan a la persona con diversidad funcional desde una visión centrada en el déficit, donde pocas veces es el sujeto mismo de investigación. Por ello es preciso hacer uso de un lenguaje más incluyente y de respeto por su dignidad, por eso hay que eliminar una serie de categorías basadas en el funcionamiento intelectual.

En cuanto al desarrollo de instrumentos y aplicación de técnicas de investigación, es importante contar con herramientas accesibles, que le permitan a la persona con diversidad funcional intelectual comprender con facilidad las opciones de respuesta que posee ante un cuestionamiento o una pregunta, particularmente porque muchas de ellas no cuentan con la competencia de la lecto-escritura.

Algunos centros escolares aún tienen prácticas sobreprotectoras hacia su alumnado por lo que parece necesario que las personas que laboran en estos centros se preparen en un paradigma mucho más social, como el que brinda el paradigma de la diversidad. De esta manera, se promoverá la dignidad extrínseca de los/as personas con diversidad funcional (Romañach, 2010), como lo es el respeto a sus derechos humanos, y al mismo tiempo, se promoverá su dignidad extrínseca, como lo es el enfoque en su bienestar.

Se sugiere la realización de intervenciones desde la educación positiva, que busca promover una personalidad sana y plena, en todos los miembros de la comunidad educativa. Es importante que los

centros educativos puedan trabajar desde un enfoque integral, tomando en consideración aspectos de educación positiva (de bienestar personal), pues ello le permite a la persona con diversidad funcional intelectual conocerse mejor. El tema de fortalezas personales resulta de gran utilidad para el bienestar de alumnos/as.

De la misma forma, cobra importancia hacer una sensibilización con madres, padres y/o familiares de las personas con diversidad funcional, que muchas veces perpetúan estigmas acerca de sus propios hijos/as, producto de las barreras impuestas por la sociedad. Por eso se considera que el paradigma de la diversidad responde de mejor manera a las necesidades de dicho colectivo, pues promueve el respeto a su dignidad intrínseca y extrínseca.

Finalmente, se sugiere el uso de la Encuesta de Bienestar en más centros educativos para poder valorar su utilidad a mayor escala.

CONCLUSIONES

El problema geriátrico más prevaleciente es la falta de apoyo social con un 66.8%; así mismo el 38.1% de los participantes tiene un riesgo alto de deterioro funcional. Los problemas con un mayor riesgo de deterioro funcional son los problemas de nutrición con un 75%, dolor con un 81.3%, inmovilidad con un 68.8%, eliminación con un 56.3%, falta apoyo social con un 68.8% y trastorno del sueño con un 62.5%, asociándose la confusión con el riesgo de deterioro funcional (p=<.05).

De igual manera se demostró que a mayor número de problemas geriátricos, (p=.011).

Al encontrarse frecuentemente los problemas geriátricos en los adultos y las consecuencias que con llevan en las diversas esferas de la persona, se hace necesario la valoración del profesional de enfermería, así como realizar los protocolos, planes de cuidados y de alta previo al egreso del adulto mayor hospitalizado, debido a que se puede prevenir el deterioro funcional, así mantener o mejorar la calidad de vida y mantener la independencia el máximo tiempo posible en este grupo etario.

REFERENCIAS

Bentz, V. M., & Shapiro, J. J. (1998). Mindful inquiry in social research. Sage Publications.

Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual (2013). Revista digital especializada en temas de discapacidad intelectual. Tomado de: http://www.confe.org.mx/informacion/index.htm

Carver C.S., Scheier, M.F., Miller, C.J. & Fulford, D. (2009). Oxford handbook of positive psychology. Oxford University Press, USA.

Creswell, J., Shope, R., Plano Cark, V. & Green, D. (2006). How Interpretive Qualitative Research Extends Mixed Methods Research. Revista Research in theschools, 13 (1), 1-11.

Csikszentmihalyi, M. (2012). Fluir: una psicología de la felicidad (13ª ed). Argentina: Editorial Kairós.

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12 (1), 83–96.

Dagnan, D. (2008). Psychological and Emotional Health and Well-Being of People with Intellectual Disabilities. Learning Disability Review, 13 (1), 3-9.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological bulletin, 125 (2).

Ehrlich, M. (2002). Discapacidad: Enfrentar juntos el reto. México: Trillas.

Emmons, R. (2003). Personal goals, life meaning and virtue: wellspirngs of a positive life.

Ferreira, M. (2010). De la minusvalía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. Revista Política y Sociedad, 47 (1), 45–65.

Fredrickson, B. (2004). The broaden and build theory of positive emotions. The Royal Society, 359, 1367–1377.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (5ª ed). México: Mc Graw Hill Educación.

Iañez, A. (2010). Exclusión y diversidad funcional. Una propuesta de intervención social basada en el Modelo de Vida Independiente. Revista de la Facultad de Trabajo Social, 26 (26), 120 – 141.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. México.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), (2013). Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. México.

Navarro, J. (2000). Familias con personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención. España: Junta de León y Castilla.

Navarro, M., Estévez, B. y Sánchez Cuervo, A. (2010). Claves actuales del pensamiento. España: Plaza y Valdés.

Palacios, A. y Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico. Año 1 (2), 37 - 47.

Park, N., Peterson, C. & Sun, J. (2013). La psicología positiva: investigaciones y aplicaciones. Terapia psicológica, 31 (1), 11 – 19.

Peterson, C. (2006). A Primer in Positive Psychology. EE. UU: Oxford University Press.

Romañach, J. (2010). Diversidad funcional y derechos humanos en España: un reto para el futuro. Dilemata, 1 (1), 71 – 87.

Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, un nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de Vida Independiente: Comunidad Virtual. Recuperado de: http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/1dcb1a899435d2b2806acdf5dbcf17aa941abd8d.pdf

Romañach, J. y Palacios, A. (2006). El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. España: Diversitas. Recuperado de: http://e-archivo.uc3m.es:8080/bitstream/handle/10016/9899/diversidad.pdf?sequence=1

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. Journal of Happiness studies, 3(1), 71-92.

Seligman, M. E. (2011). La auténtica felicidad. México: Ediciones Zeta.

Snyder, C. R., Lopez, S. & Teramoto Pedrotti, J. (2011). Positive psychology: The scientific and Practical Explorations of Human Strenghts (2th ed). EU: SAGE.

Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: Una propuesta integradora. Chile: Revista SciELO. 31(1), 115-125.

Tesch, P. A., Thorsson, A., & Colliander, E. B. (1990). Effects of eccentric and concentric resistance training on skeletal muscle substrates, enzyme activities and capillary supply. Acta Physiologica, 140 (4), 575-579.

Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). La ciencia del bienestar: Fundamentos de psicología positiva. España: Alianza Editorial.

ARTÍCULO ORIGINAL

Traducción y Validación de la Escala de Promoción Parental de la Actividad Física (ACTS-MG)

Translation and Validation of the Parental Promotion of Physical Activity Scale (ACTS-MG)

Luis Alberto Vázquez Pérez[1], Mónica Hattori Hara[2], Lizbeth González Herrera[3], Alejandro Zavala Cervantes[4]

RESUMEN

La actividad física es, junto con a alimentación saludable, de los principales factores que protegen a los niños de la epidemia de obesidad infantil que aqueja a México y buena parte del resto del mundo. A su vez, los padres ejercen una fuerte influencia en el tipo y cantidad de actividad física de sus hijos. No se cuenta con escalas en México que evalúen la promoción de la actividad física que específicamente los padres realizan con los hijos. **Objetivo.** Validar una traducción mexicana de la *Activity Support Scale for Multiple Groups* (ACTS-MG) e informar de sus características psicométricas. **Material y método.** Estudio transversal y ex post facto. Para la traducción se realizaron traducciones independientes, jueceo de expertos y traducción-retraducción. El instrumento fue respondido por 640 progenitores de niños entre 6 y 12 años de Mérida, Yucatán. A través de análisis factorial exploratorio (AFE) se obtuvo validez de constructo. **Resultados.** La equivalencia de la traducción-retraducción fue del 95.50%. Mediante el AFE se obtuvieron cuatro dimensiones, explicando 45.54% de la varianza total. La consistencia interna fue de 0.885 (α de Cronbach). **Conclusiones**. La adaptación mexicana de la ACTS-MG o Escala de Promoción Parental de la Actividad Física contiene características psicométricas aceptables para su utilización en contextos de investigación y valoración clínica por parte de profesionales de la salud.

Palabras Claves: Actividad Motora, Relaciones Padres-Hijo, Traducción, Análisis Factorial, Reproducibilidad de Resultados.

ABSTRACT

Physical activity or exercise is, along with healthy eating, of the main factors that protect children from the epidemic of childhood obesity that afflicts Mexico and much of the rest of the world. In turn, parents exert a strong influence on the type and amount of physical activity of their children. There is no test in Mexico that evaluates the promotion of physical activity that parents specifically do with their children. **Objective.** The goal was to validate a mexican translation of the Activity Support Scale for Múltiple Groups (ACTS-MG) and inform about their psychometric charateristics. **Material and Methods.** Cross-sectional and ex post facto study. Translation procedure included independent translations, inquiry to experts and backtraslation. Test was validate among 640 parents from Mérida, Yucatan, Mexico whose children were between 6-12 years old. Content validity was obtained by exploratory factor analysis (EFA). **Results.** The translation-retranslation equivalence was 95.5%. The EFA uncovered four dimensions, that explained 45.54% of the total variance; reliability was 0.885 (Cronbach´s alpha). **Conclusions.** The mexican adaptation of ACTS-MG, is a valid and reliable tool to use for researchers and clinical diagnosis for profesionals in health and behavior sciences.

Keywords: Motor Activity, Parent-Child Relations, Traslating, Factor Analysis, Reproducibility of Results.

[1]Universidad Autónoma de Yucatán. Posgrado Institucional de Ciencias de la Salud. Yucatán, México.
[2]Secretaría de Educación del Estado de Yucatán. Dirección de desarrollo personal y social. Yucatán, México.
[3]Universidad Autónoma de Yucatán. Centro de Investigaciones Regionales Biomédicas "Hideyo Noguchi". Laboratorio de Genética. Yucatán, México.
[4]Capella University

Recibido: 15 de noviembre de 2019.
Aceptado: 11 de mayo de 2020.

Correspondencia para el autor: Luis Alberto Vázquez Pérez. Calle 62# 178 entre 45 y 47B, Fracc. Jacinto Canek. C.P. 97227, Mérida, Yucatán, México. luisvazquezperez@live.com

INTRODUCCIÓN

Los resultados de la actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (Ensanut MC) de 2016 (Secretaría de Salud, 2018), señalan que no ha habido cambios significativos hacia la reducción de prevalencia del Sobrepeso y la Obesidad (SP+O) para México en los menores de 19 años entre 2012 y 2016; pero si se han registrado incrementos importantes tanto en niñas como en adolescentes en edad escolar sobre todo en zonas rurales. Para el caso de los varones, se ha estabilizado el aumento de SP+O. En 2016, Ensanut MC reportó una prevalencia nacional combinada de SP+O en población en edad escolar (5 a 11 años) de 33.2% (5.2 millones). Esto coincide con lo que apunta la UNICEF en 2019 al señalar que SP+O afectan a 1 de cada 3 niños mexicanos de 6 a 11 años; agrega que, en comparación con 1975, hoy hay 10 veces más niñas y 12 veces más niños entre 5 y 19 años que sufren de obesidad (UNICEF, 2019). Esto sugiere fuertemente que los esfuerzos que se han realizado desde entonces no han dado una solución integral, lo cual debería obligar a los profesionales de la salud e investigadores, a continuar replanteándose el problema y abordarlo desde otras perspectivas dada su complejidad.

Padres activos físicamente suelen tener hijos activos (Davison & Campbell, 2005; Davison, Jurkowski, Li, Kranz, & Lawson, 2013); esto es importante porque, además de la ingesta calórica, el sobrepeso y la obesidad están asociados con la baja actividad física. Altos niveles de actividad física pueden compensar una ingesta calórica o de grasa excesivas, y de ese modo conservar un peso saludable (Davison & Birch, 2002).

La teoría cognitiva social señala que el apoyo social es clave en la actividad física del niño (Davison, Li, Baskin, Cox, & Affuso, 2011); prueba de ello es el hecho de que el valor que los padres asignen a la actividad física y sus creencias en las capacidades físicas de sus hijos, son predictores indirectos de la actividad física de los niños (Davison & Campbell, 2005). Específicamente, los padres que son más activos, debido al aprendizaje vicario, contribuyen más a la activación física infantil y es más probable que incluyan a sus hijos en sus propias actividades físicas (Davison & Campbell, 2005). En forma más directa, los padres pueden fomentar deliberadamente la activación física de sus hijos si proveen de equipo deportivo a los niños (balones, bicicletas, cuerdas para saltar, etc.) y los trasladan a lugares donde puedan correr libremente (parques y canchas deportivas), los inscriben a deportes organizados y los trasladan a presenciar eventos deportivos (Davison & Birch, 2001; Davison et al., 2013).

Hay algunas características individuales que también pueden influenciar la actividad física: los hombres suelen ser más activos que las mujeres, patrones de actividad entre amigos pueden determinar la inclinación a la participación en actividades físicas y la actividad física disminuye de la infancia a la adolescencia (Davison & Campbell, 2005).

Existen otras características del ambiente macrosocial que determinan en parte el apoyo parental a la actividad física de los niños: 1) la falta de tiempo debido al gran número de horas que los padres invierten a sus empleos, 2) el estatus socioeconómico, donde familias con bajos recursos tienen otras prioridades en su día a día, además de la poca educación de éstos padres como para tener en cuenta los beneficios e implicaciones de la activación física, 3) la seguridad del entorno urbano que les rodea que vuelve poco factible salir de casa para activarse físicamente y 4) la postura del sistema educativo con respecto a las características de la educación física que se le brinda al niño (Davison & Birch, 2001).

Adicionalmente, se puede señalar que la práctica regular del ejercicio en niños favorece el estado de salud, protege el sistema cardiorrespiratorio, promueve la formación de huesos y músculos fuertes, además de su efecto en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión (estados emocionales asociados a la sobreingesta calórica)(Davison et al., 2011). Usualmente los niños que realizan actividad física regular disminuyen el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2 y afecciones óseas como la osteoporosis (Raimann & Verdugo, 2012).

La ACTS-MG o Escala de Promoción Parental de la Actividad Física (EPAF) es una escala multidimensional, desarrollada por Davison, Li, Baskin, Cox y Affuso (2011) en E.E.U.U., que evalúa el apoyo o fomento que dan los padres a la actividad física de sus hijos. Esta prueba tiene sus antecedentes en 2003 cuando Davison (Davison et al., 2003) desarrolló una primera versión de la ACTS inicialmente enfocado a medir los hábitos en cuanto a actividad física de niñas caucásicas en el contexto de un estudio longitudinal de 6 años(Davison & Jago, 2009). Esta primera versión fue respondida tanto por las niñas como por sus padres; constó de siete ítems que evaluaban dos dimensiones: Logistic Support y Modeling. Posteriormente Davison utilizó la ACTS para medir la promoción para la actividad física en ambos géneros (Davison, 2004) concluyendo que la promoción o soporte familiar con respecto a la actividad física es una influencia determinante en la mayoría de los casos; y a partir de ese momento optó porque la escala tuviera un formato parental, es decir, que los padres (y no sus hijos) fueran quienes respondieran la escala. El siguiente paso fue desarrollar la ACTS en su versión para múltiples grupos (ACTS-MG), en donde a través de grupos focales de padres pertenecientes a minorías de Nueva York y Alabama, se modificaron seis de los siete ítems existentes y se adicionaron 14 (Davison et al., 2011). Y fue precisamente ese conjunto de reactivos el que toma el presente estudio para los procesos de su traducción y validación.

Por otro lado, resulta un error utilizar pruebas que sólo han sido traducidas en forma simple (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013; Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, & Delclós-Clanchet, 2013) o que carecen de una adaptación o ajuste cultural al entorno donde serán utilizados (Gaite, Nicolás,

Herrera, & Vázquez-Barquero, 1997; Maneesriwongul & Dixon, 2004; Muñiz et al., 2013; Roncero, 2015). Lo anterior puede producir resultados no fiables o confusos que podrían limitar el intercambio de información entre la comunidad científica (Ramada-Rodilla et al., 2013). Para disponer de test estandarizados que permitan evaluar, clasificar y cuantificar, fuera del contexto donde fueron creados, se requiere que éstos sigan un proceso psicométrico sistematizado que deberá atender en principio a dos aspectos: la adaptación cultural y la validación; en la primera es necesario tener en cuenta los giros idiomáticos, el contexto cultural, y las diferencias en la percepción de la salud y la enfermedad de las poblaciones (Gaite et al., 1997; Harkness, 2011; Ramada-Rodilla et al., 2013). La validación, por su parte, puede incluir la evaluación de la consistencia interna, la fiabilidad intra e inter observador, además de tipos específicos de validez como la de contenido, criterio y/o constructo (Cardoso, Gómez-Conesa, & Hidalgo, 2016; Ramada-Rodilla et al., 2013).

En México existen algunas adaptaciones de test de papel y lápiz que estiman la actividad física de niños y adolescentes. Ortal Vite en 2012 realizó la validación para México del Nutrition and Physical Activity Self-Assesment for Child Care (NAP SACC)(Battista et al., 2014) un cuestionario autoaplicado de Nutrición y Actividad Física. En 2013, Hernández Borrayes (2013) diseñó un cuestionario, que fue respondido por padres e hijos, para identificar patrones de Actividad Física en niños de 6-9 años. En 2014 Guerrero y colaboradores, diseñaron y validaron un cuestionario de Hábitos de Alimentación y Actividad Física para escolares de 8-12 años. Sólo el instrumento de Hernández Borrayes tuvo una versión parental y fue específico para Actividad Física. La adaptación de Ortal Vite y el cuestionario de Guerrero incluyen reactivos para el aspecto nutricional. Todos son test de autorreporte infantiles y consideran a la Actividad Física como una variable unidimensional.

Finalmente, el meta-análisis de Promoción Socio-parental de la Actividad Física de Beets, Cardinal y Alderman (2010) señala que un Inventario de Promoción Parental de la Actividad Física debiera ser aplicado para poder atender áreas donde padres o tutores debieran dedicar esfuerzo adicional y utilizarse como una lista de tareas a realizar en la promoción de la actividad física infantil. Por lo anteriormente descrito y ante la ausencia de estudios de adaptación del ACST-GM en población mexicana se presenta este reporte con el objetivo de validar una traducción mexicana de dicho test e informar de sus características psicométricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un diseño cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, ex post facto que se dividió en dos fases: traducción y validación psicométrica.

Materiales

El punto de partida fueron los 21 reactivos que fueron analizados en la investigación en que se validó la versión original de la ACTS-MG (Davison et al., 2011); cada reactivo consta de cuatro opciones de respuesta que van de muy en desacuerdo a muy de acuerdo y se distribuyen en cuatro categorías o factores: Soporte Logístico (*Logistic Support*), Modelamiento (*Modeling*), Uso de los Recursos del Entorno (*Use of Community Resources*) y Restricción de Actividades Sedentarias (*Restricting Acces to Sedentary Activities*). A mayor puntaje en cada categoría se infiere una mayor presencia de la propiedad que se está midiendo. Se reportaron αs= 0.710 a 0.830 entre factores.

Procedimiento

La metodología se planeó con base a los lineamientos que sugiere *la International Test Comission* (ITC, 2005) y se dividió en dos fases: traducción y validación, que a continuación se describen.

Traducción. - incluyó a su vez tres etapas:

1) Traducciones independientes- los reactivos de la ACTS-MG fueron traducidos al español de manera independiente por tres expertos: un antropólogo inglés con 16 años de residir en México; un psicólogo clínico y maestro de inglés; y una contadora bilingüe. A éstos traductores se les dieron las siguientes instrucciones: 1) tener en cuenta que la población objetivo fueron padres de familia de diversos estratos sociales y niveles académicos, por lo que se recomendó utilizar las palabras y estructura del español que se habla cotidianamente en México, 2) en la medida de lo posible, omitir la palabra NO, el uso de tecnicismos y evitar los dobles negativos, 3) acatar el principio de parsimonia (las menos palabras posibles, sin perder claridad) y 4) evitar una traducción literal y, en vez de ello, buscar que el reactivo traducido conserve el sentido del original.
2) Jueceo de Expertos- En la segunda etapa, las tres versiones traducidas de la ACTS-MG se presentaron juntas en un formato, de manera que las tres opciones posibles para cada reactivo se pudieran comparar considerando redacción y claridad. Tres jueces en forma independiente eligieron la opción de cada reactivo que consideraron más adecuada. Posteriormente, en una junta de trabajo con estos mismos tres jueces, la integración de sus elecciones dio como resultado la versión final traducida de la ACTS-MG. Los jueces

fueron profesionales en el área de salud y educación.

3) Traducción inversa o *back-traslation*. Una traductora independiente (mexicana con infancia y juventud en E.E.U.U. y profesora de inglés), que desconocía la versión original del test en cuestión, tradujo al inglés la versión en español obtenida en la segunda etapa; la versión original y la retraducida fueron colocadas en un formato, para que otro juez bilingüe juzgara la equivalencia de ambas versiones.

Validación. – La versión final del proceso de traducción-retraducción fue aplicada a 640 adultos de la ciudad de Mérida que fueran padres o cuidadores primarios de niños de entre 6 y 12 años que estuviera cursando la primaria al momento de la aplicación; se les indicó que contestaran en función del niño con las características descritas. Dichos participantes fueron seleccionados en forma accidental o por conveniencia. A todos ellos se les informó que los datos que proporcionarian serían manejados de manera anónima y confidencial y adicionalmente firmaron una hoja de consentimiento informado apegada a los lineamientos de la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013).

Se realizó un pilotaje con 52 progenitores para corroborar la claridad y entendimiento de las instrucciones y los reactivos. Para la conformación de este grupo se tomó en cuenta el criterio de mínimo 30 participantes para aplicaciones de estudios cuantitativos con encuestas; La aplicación final fue a 588 progenitores (madres 72.50%; padres 16.80% y otros cuidadores, 10.70%) de entre 15 a 76 años (= 34.96, d.e. = 9.11), quienes respondieron en función de las conductas que ellos tuvieron hacia sus hijos durante el último semestre. El tamaño de este conjunto de la aplicación final siguió el criterio de como mínimo encuestar de 5 a 10 personas por cada reactivo para estudios que impliquen análisis factorial. A través de esta recolecta se realizó un análisis de discriminación de reactivos con los 21 ítems de la ACTS-MG que consistió en comparar para cada reactivo, mediante una T de Student, las medias de los cuartiles superior e inferior de la categoría a la que pertenecían. Posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante el software SPSS versión 18. Se optó por el análisis de tipo exploratorio (antes que confirmatorio) debido a que cabía suponer que tanto las diferencias culturales como las lingüísticas-semánticas de padres yucatecos, en comparación a padres norteamericanos (pertenecientes a minorías de Nueva York y Alabama), podían provocar variaciones a la estructura factorial teórica propuesta por Davison et al. (2011). Las mismas circunstancias también determinaron que el método de análisis fuera el de *varimax* antes que el *promax* (utilizado por los autores del test en el estudio de validación de la ACTS). Se eliminaron aquellos reactivos que no discriminaran y/o que no integraran algún factor. Posteriormente se valoró la consistencia interna de cada factor y de la

escala completa.

RESULTADOS

En la segunda etapa del proceso de traducción, los tres jueces eligieron de manera unánime la misma traducción para 7 de 21 reactivos (33.33 %); los restantes 14 (66.67 %) fueron elegidos por mayoría. Durante la tercera etapa, la equivalencia calculada en la traducción inversa o *backtraslation* fue del 95.50%; esta cifra obedece a la media de las calificaciones de equivalencia para cada reactivo entre la versión original de la ACTS-MG y la versión retraducida del español al inglés. Esto dio paso a la fase de pilotaje con 52 participantes; no se generaron dudas en las instrucciones y/o reactivos.

A partir de la posterior encuesta hecha con 588 participantes, se llevó a cabo un análisis de discriminación de reactivos en que los 21 reactivos tuvieron p>.05 en las pruebas de diferencia de medias. Posteriormente se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (ver tablas 1 y 2) mediante el método de Máxima Verosimilitud con rotación Varimax en donde 18 de los 21 reactivos, conformaron cuatro categorías o factores (Determinante= 0.002; KMO= 0.913; test esfericidad de Bartlett= .000) que explicaron 45.54% de la varianza total. Aunque el determinante de la matriz de correlaciones fue pequeña (.002), se utilizó el método de rotación ortogonal para simplificar la interpretación de cada uno de los factores resultantes, suponiendo que la correlación entre éstos era muy baja, obedeciendo al hecho de que en la validación original de los reactivos Davidson, et al. (2010), examinaron cada factor por separado, realizando un análisis factorial exploratorio de rotación promax por factor como estrategia de reducción de reactivos, para que tuvieran mayor asociación entre sí dentro de cada factor, y posiblemente mayor diferenciación entre factores.

Tabla 1. Reactivos y consistencia interna de los factores de la ACTS-MG con la nueva distribución factorial.

Nuevo Factor	Reactivo	Peso	Factor Original
I Inclusión en Actividades Estructuradas	12. Veo a mi hija/hijo practicar deportes o participar en otras actividades como artes marciales o la danza.	.741	1
	1. Inscribo a mi hija/hijo en equipos deportivos y eventos como el fútbol, baloncesto y/o la danza.	.605	1

Nuevo Factor	Reactivo	Peso	Factor Original
(alfa = .792)	8. Inscribo a mi hija/hijo en actividades organizadas donde él / ella puede estar activo(a).	.573	3
	14. Busco nuevas formas para que mi hija/hijo sea activo cuando no hay escuela, por ejemplo, inscribiéndolo a cursos de verano.	.414	3
II Apoyo Logístico (alfa = .753)	2. Tenemos salidas familiares que incluyen actividad física (ejemplo: ir a caminar, andar en bicicleta o patinar, etc.)	.621	2
	3. Animo a mi hija/hijo a usar las instalaciones de nuestro alrededor para hacer ejercicio (por ejemplo, espacios y canchas deportivas en parques y la escuela).	.585	3
	19. Animo a mi hija/hijo a caminar o montar su bicicleta cerca de casa si es seguro y apropiado para su edad.	.472	3
	6. Llevo a mi hija/hijo a lugares donde puede estar activo/a	.459	1
	17. Compro juegos, juguetes y equipo para mi hija/hijo que promueven la activación física.	.359	1
III Restricción de Actividades Sedentarias (alfa = .729)	15. Limito la cantidad de tiempo que mi hija/hijo ocupa usando la computadora para cosas no relacionadas con hacer tarea (como juegos e internet).	.656	4
	20. Limito la cantidad de tiempo que mi hija/hijo ocupa en el teléfono	.645	4
	10. Limito el tiempo que mi hija/hijo pueda ver la televisión (ya sea programas educativos o no-educativos).	.489	4
	4. Limito la cantidad de tiempo que mi hija/hijo ocupa jugando videojuegos (X-Box, Playstation, Nintendo).	.466	4
	11. Animo a mi hija/hijo a jugar (con supervisión) al aire libre cuando el clima es adecuado.	.341	4
IV Modelamiento (alfa = .775)	7. Trato de incluir a mi hija/hijo cuando me ejercito físicamente	.330	2
	18. Hago ejercicio regularmente	.704	2
	21. Disfruto del ejercicio y la actividad física.	.695	2
	13. Animo a mi hija/hijo a ser físicamente activo "*predicando con el ejemplo*".	.417	2
	Alfa total de la Escala = .885		

Tabla 2. Análisis descriptivo de la ACTS-MG según el nuevo análisis factorial.

Variable	Factor	Ítems	Min	Max	Media	D.E.
Promoción Parental de la Actividad Física	Inclusión en Actividades Estructuradas	4	-4	8	3.88	2.69
	Apoyo Logístico	5	-5	10	4.86	2.71
	Restricción de Actividades Sedentarias	5	-5	10	4.93	2.90
	Modelamiento	4	-4	8	3.41	2.54

Nota: se dispuso utilizar los siguientes valores numéricos para cada opción de respuesta: Muy en desacuerdo, -1; Desacuerdo, 0; De Acuerdo, 1 y Muy de Acuerdo, 2.

Se estimó el alfa de Cronbach (α) como referente de consistencia interna obteniéndose 0.885 para los 18 reactivos; los factores fluctuaron de 0.792 a 0.729 (ver tabla 1). En cuanto a normalidad, aunque no se obtuvieron significancias mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, histogramas y gráficos q-q revelaron un claro comportamiento monticular de cada factor. Finalmente, se hizo una reasignación aleatoria de números para cada reactivo a través de un sorteo.

.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue traducir y validar la ACTS-MG, desarrollado en E.E.U.U., para su uso con población mexicana. En la fase de traducción intervinieron profesionales familiarizados con aspectos nutricionales y/o psicológicos además de estarlo con el lenguaje cotidiano utilizado en México para aspectos relacionados con la alimentación; después de múltiples revisiones y del pilotaje, la versión traducida fue respondida por la muestra de padres. En la base de datos resultante de esta recolecta de datos, se realizó un análisis de discriminación de reactivos que corroboró un adecuado funcionamiento de cada ítem traducido. Posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio que le otorgó a la prueba traducida validez de constructo. Los resultados sugieren que la versión final resultante, de 18 reactivos y cuatro factores o dimensiones, muestra una consistencia interna adecuada (αs= 0.729 a 0.792 entre factores y α=0.885 para el total). En términos generales se obtuvo una versión con un marco de lectura más apropiado para la medición de la promoción parental de la actividad física con mexicanos.

Es importante el análisis de la estructura factorial resultante del presente estudio en relación a la estructura original de la ACTS-MG propuesta por Davison. Se

"diluyó" un factor de los originales: Uso de los recursos del entorno (*Use of Community Resources)* y además, surgió un nuevo factor: Inclusión en Actividades Estructuradas como dimensión principal ya que fue el factor que más explicó (10.82%) con respecto a la varianza total. La razón subyacente a la aparición de este factor pudiera ser una extensión del carácter colectivista de la cultura mexicana en comparación al individualista adjudicado a la norteamericana. Una posibilidad es que los padres piensen: activar a mis hijos es "ponerlos" donde el ejercicio físico esté sucediendo de manera organizada. Por otro lado, factores originales como Apoyo Logístico (*Logistic Support*), Modelamiento (*Modeling*) y Restricción de Actividades Sedentarias (*Restricting Access to Sedentary Activities*) se conservaron con mínimas diferencias.

Los hallazgos permiten realizar una propuesta que posibilita definir cada una de las escalas resultantes del análisis factorial exploratorio efectuado con base al contenido de los reactivos agrupados; de tal forma que la Inclusión en Actividades Estructuradas se refiere al grado en que los padres inscriben o colocan a sus hijos en entornos de actividad física organizada como podrían ser cursos de danza, equipos deportivos (fútbol, basketbol, béisbol, etc.), artes marciales o cursos de verano. La dimensión de Apoyo Logístico evalúa la inmersión que hacen junto con sus hijos en entornos que incluyen actividad física incluye también facilitarles juguetes o equipo deportivo. Ejemplos de estos entornos son caminatas, paseos en bicicleta; entre los objetos se alude a balones, cuerdas para saltar, aros hulahula, etc. La Restricción de Actividades Sedentarias es que la medida en que los padres impiden que sus hijos se involucren en actividades como ver televisión y/o jugar con la computadora o el smartphone para animarlos de esta manera a activarse físicamente. El Modelamiento se refiere a la medida en que los padres promueven el ejercicio "predicando con el ejemplo" siendo ellos quienes son activos físicamente.

CONCLUSIONES

La presente investigación presenta fortalezas y limitaciones. Una de las fortalezas consiste en que ofrece una herramienta diagnóstica para investigadores y personal de salud (nutriólogos y médicos, entre otros), y es de las pocas validaciones mexicanas de instrumentos parentales de uso profuso en el ámbito científico que evalúan aspectos relacionados con la promoción del ejercicio. Además, esta información resulta de interés para profesionales de la salud e investigadores en los E.E. U.U. que trabajen con individuos de ascendencia mexicana. Otra fortaleza del presente estudio es el hecho de que para la traducción se siguieron tres de las recomendaciones de la ITC (2005) a diferencias de otros estudios de traducción en México que se limitaron al método tradicional de traducción-retraducción (de la

Peña et al., 1996; García-mijares, Alejo-galarza, Mayorga-colunga, Guerrero-herrera, & Ramírez-garcíaluna, 2015; Jansen et al., 2012; Sleddens, Kremers, & Thijs, 2008) o que sólo incluyeron una o dos de las recomendaciones del ITC (Andrés González, Reséndiz Rodríguez, & Reyes-Lagunes, 2015; Navarro-Contreras & Reyes Lagunes, 2016; Nicolini et al., 1996; Paas-Oliveros et al., 2015; Valdés Moreno, Rodríguez Márquez, Cervantes Navarrete, Camarena, & de Gortari, 2016). Una limitación del presente estudio se refiere a que el muestreo fue accidental o por conveniencia (es decir, sin aleatorización) y también el hecho de que los participantes corresponden a una sola entidad federativa: Yucatán.

Otra consideración, para investigación futura, es que la validación de la ACTS-MG podría trascender a la de constructo que ofrece este estudio y complementarse con una validez de criterio utilizando como referentes medidas antropométricas de los infantes como podrían ser el índice de masa corporal (IMC), la composición corporal, la circunferencia de cintura, por mencionar algunos parámetros; incluso podrían ser de tipo marcador biológico. En este sentido las posibilidades son de tipo sanguíneo como los lípidos (colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos), glucemia, insulina, glucohemoglobina (HbA_{1C}), proteína C reactiva, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, ferritina, transferrina, vitaminas A, B12, E, D, ácido fólico y carotinoides individualizados (Ortiz-Marrón et al., 2016). Se requiere investigación interdisciplinaria en el sentido descrito. Además, estudios que vinculen la promoción parental de la actividad física con la conducta de ingesta infantil como lo recomiendan Abdella, Farssi, Broom, Hadden, & Dalton (2019) ayudaría a esclarecer el fenómeno de la interacción individuo-ambiente-obesidad. Finalmente, estudios futuros podrían buscar, además de la validez de criterio, incluir muestras de otras entidades de México, así como realizar análisis factoriales confirmatorios de la estructura resultante de cuatro escalas o factores.

REFERENCIAS

Abdella, H. M., Farssi, H. O. El, Broom, D. R., Hadden, D. A., & Dalton, C. F. (2019). Eating Behaviours and Food Cravings; Influence of Age, Sex, BMI and FTO Genotype. Nutrients, 11(377), 1–16. https://doi.org/10.3390/nu11020377

Andrés González, D., Reséndiz Rodríguez, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI – II in Mexico. Salud Mental, 38(4), 237–244. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033

Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos (p. 5). p. 5.

Battista, R. A., Oakley, H., Weddell, M. S., Mudd, L. M., Greene, J. B., & West, S. T. (2014). Improving the physical activity and nutrition environment through self-assessment (NAP SACC) in rural area child care centers in North Carolina. Preventive Medicine, 67, S10–S16. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.022

Beets, M. W., Cardinal, B. J., & Alderman, B. L. (2010). Parental Social Support and the Physical Activity-Related Behaviors of Youth: A review. Health Education & Behavior, 37(5), 621–644. https://doi.org/10.1177/1090198110363884

Cardoso Ribeiro, C., Gómez-Conesa, A., & Hidalgo Montesinos, M. D. (2016). Metodología para la adaptación de Instrumentos de Evaluación. Fisioterapia, 32(6), 264–270. https://doi.org/10.1016/j.ft.2010.05.001

Davison, K. K. (2004). Activity-Related Support form Parents, Peers and Siblings and Adolescents´ Physical Activity: Are there gender differences? Journal of Physical Activity and Health, 1(4), 363–376.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity, 2(3), 159–171.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2002). Obesigenic families: parents' physical activity and dietary intake patterns predict girls' risk of overweight. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity, 26(9), 1186–1193.

Davison, K. K., & Campbell, K. (2005). Opportunities to prevent obesity in children within families: an ecological approach. In D. Crawford & R. W. Jeffery (Eds.), Obesity prevention and public health (pp. 208–230). Oxford University Press.

Davison, K. K., Cutting, T. M., & Birch, L. L. (2003). Parents' activity-related parenting practices predict girls' physical activity. Medicine and Science in Sports and Exercise, 35(9), 1589–1595. https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000084524.19408.0C

Davison, K. K., & Jago, R. (2009). Change in parent and peer support across ages 9 to 15 yr and adolescent girls' physical activity. Medicine and Science in Sports and Exercise, 41(9), 1816–1825. https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a278e2

Davison, K. K., Jurkowski, J. M., Li, K., Kranz, S., & Lawson, H. a. (2013). A childhood obesity intervention developed by families for families: results from a pilot study. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10, 3. Retrieved from http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3547740&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

Davison, K. K., Li, K., Baskin, M. L., Cox, T., & Affuso, O. (2011). Measuring parental support for children's physical activity in white and African American parents: The Activity Support Scale for Multiple Groups (ACTS-MG). Preventive Medicine, 52(1), 39–43. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.11.008

de la Peña, F., Lara, M. del C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F., & Almeida, L. (1996). Traducción y validación TDM adolescentes.pdf. Salud Mental, V(19), 17–23.

Gaite, L., Nicolás, R., Herrera, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. Archivos de Neurobiología, 60(2), 91–111.

García-mijares, J. F., Alejo-galarza, G. D. J., Mayorga-colunga, S. R., Guerrero-herrera, L. F., & Ramírez-garcíaluna, J. L. (2015). Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. Salud Mental, 38(4), 287–292. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.039

Guerrero, G., López, J., Villaseñor, N., Gutiérrez, C., Sánchez, Y., Santiago, L., … Maya Lozano, N. (2014). Diseño y Valicación de un Cuestionario de Hábitos de vida de Alimentación y Actividad Física para Escolares de 8-12 años. Rev Chil Salud Pública, 18(3), 249–256.

Harkness, J. (2011). VIII . Translation. In Cross-Culturl Survey Guidelines.

Hernández Borrayes, J. O. (2013). Patrones de Actividad Física en niños de 6 a 9 años con sobrepeso-obesidad de una escuela primaria del área de influencia de la UMF 20 Vallejo. Universidad Nacional Autónoma de México.

International Test Commision. (2005). Guidelines for Translating and Adapting Tests (pp. 1–9). pp. 1–9.

Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W. V, Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., … Tiemeier, H. (2012). Children ' s eating behavior , feeding practices of parents and weight problems in early childhood : results from the population-based Generation R Study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9(1), 1. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-130

Maneesriwongul, W., & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process : a methods review. Methodological Issues in Nursing Research, 48(2), 175–186.

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests : segunda edición. Psicothema, 25(2),

151–157. https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24

Navarro-Contreras, G., & Reyes Lagunes, I. (2016). Validación Psicométrica de la Adaptación Mexicana del Child Feeding Questionnaire. Acta de Investigación Psicológica, 6(1), 2337–2349.

Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., Sánchez de Carmona, M., Orozco, B., Lodeiro, G., & de la Fuente, J. R. (1996). Estudio de traducción y confiabilidad de la escala Yale-Brown en español para el trastorno. Salud Mental, V(19), 13–16.

Ortal Vite, M. P. (2012). Validez y Confiabilidad de un Cuestionario Autoaplicado de Nutrición y Actividad Física Infantil para la evaluación de Conductas Alimenticias, Ejercicio Físico y sus Influencias Ambientales en Niños Sanos en edad escolar. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortiz-Marrón, H., Cuadrado-Gamarra, J. I., Esteban-Vasallo, M., Cortés-Rico, O., Sánchez-Díaz, J., & Galán-Labaca, I. (2016). Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN): diseño, participación y características de la muestra. Rev Esp Cardiol., 69(5), 520–530.

Paas-Oliveros, L. K., Villanueva Valle, J., González-Arredondo, S. I., Fresán, A., Arango de Montis, I., Brüne, M., & Muñoz Delgado, J. (2015). Estudio de traducción y validez del Sistema de Codificación Etológica para Entrevistas ECSI (Ethological Coding System for Interviews). Salud Mental, 38(1), 41–46. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.005

Raimann, X., & Verdugo, F. (2012). Actividad física en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. Rev. Med. Clin. Condes, 23(3), 218–225.

Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud : revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Pública de México, 55(1), 57–66.

Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos : un asunto capital en la salud mental. Salud Mental, 38(4), 235–236. https://doi.org/10.1177/1087054714529819

Secretaría de Salud. (2018). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México , actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Salud Pública de México, 60(3), 244–253.

Sleddens, E. F. C., Kremers, S. P. J., & Thijs, C. (2008). The Children ' s Eating Behaviour Questionnaire : factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6 – 7. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5(49), 9. https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-49

UNICEF. (2019). Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños , alimentos y nutrición. Crecer bein en un mundo en transformación. Retrieved from https://www.unicef.org/mexico/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019

Valdés Moreno, M. I., Rodríguez Márquez, M. C., Cervantes Navarrete, J. J., Camarena, B., & de Gortari, P. (2016). Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana . Análisis factorial. Salud Mental, 39(6), 295–302. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.034

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de una intervención psicoterapeútica con padres en duelo por la muerte de un hijo.

Evaluation of a psychotherapeutic intervention with grieving parents for the death of a child.

Ana María Ancona Rosas[1], María de Lourdes Cortés Ayala[1]

RESUMEN

Objetivo: evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica en un grupo de 12 padres en duelo tras la muerte de un hijo. **Materiales y método**: La muestra fue no probabilística de tipo intencional; el diseño es cuasi experimental pre-post de una sola muestra. Los participantes respondieron a una entrevista clínica, al Cuestionario de Calidad de Vida *(WHOQOL-BREF* WHOQOL) versión adaptada por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), cuatro items del Cuestionario Oviedo del Sueño (Bobes García et al, 2000) y al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 2011). La intervención psicoterapeútica constó de 14 sesiones de dos horas cada una, enmarcada en la Logoterapia de Frankl (1997, 2003) y en las Tareas del Duelo de Worden (2015). **Resultados**: indican que los participantes mostraron mejoría en la calidad de vida, del sueño y disminuyó la depresión a través de aprender a enfrentar su dolor, darle sentido, trascenderlo y de esta manera darle un nuevo significado a su vida. **Conclusión:** que es posible recuperar la vida a pesar de atravesar esta experiencia, quizá la más dolorosa que confronta una persona, a través de un proceso psicoterapeútico que permita ser capaz de recordar lo perdido sin sufrimiento.

Palabras clave: duelo, padres en duelo, logoterapia, psicoterapia grupal, evaluación.

.

ABSTRACT

Objective: evaluate the efficacy of a psychotherapeutic intervention in a 12 parents' group mourning after the death of a child. **Material and methods:** The sample was intentional non-probability; the design is quasi-experimental pre-post of a single sample. Participants responded to a clinical interview, to the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF WHOQOL) version adapted by Sánchez-Sosa and González-Celis (2006), to four items from the Oviedo del Sueño Questionnaire (Bobes García et al, 2000) and to the Beck-II Depression Inventory (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 2011). The psychotherapeutic intervention consisted in 14 sessions of two hours each one, framed in Frankl's Logotherapy (1997, 2003) and in Worden's Grief Tasks (2015). **Results:** indicate that the participants showed improvement in the quality of life, sleep and decreased depression through learning to face their pain, make sense of it, transcend it and build a new meaning in their life. **Conclusion:** that it is possible to recover life despite going through this experience, perhaps the most painful one that a person faces, through a psychotherapeutic process that allows one to be able to remember what was lost without suffering.

Key words: mourning, bereaved parents, speech therapy, group psychotherapy, evaluation.

[1]Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología. Yucatán, México.

Recibido: 30 de octubre de 2019.
Aceptado: 11 de marzo de 2020.

Correspondencia para el autor: María de Lourdes Cortés Ayala. Calle 10 Núm. 362 por 31-A y 31-B. Col. San Esteban. Mérida, Yucatán, México. cortes.lourdes@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La muerte de un ser querido es una experiencia amarga, que genera reacciones de tipo físico, emocional y social; las reacciones pueden variar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarro y de desolación completa que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida (Echeberrúa y Corral, 2008; Castro, 2010). Una de las pérdidas que causan mayor tristeza y aflicción es la muerte de un hijo, definida en la sabiduría popular como un sufrimiento inmenso, el más devastador que un ser humano pueda experimentar, dejando profundas cicatrices (Tizon, 2004; 2008). La literatura sobre el tema coincide en que la muerte de un hijo es un hecho antinatural, ya que produce una inversión del ciclo biológico normal; se afirma que ni siquiera existe un término para describir al superviviente, como lo hay en el caso de la pérdida de los padres (huérfano) o de un cónyuge (viuda/o). Diversas investigaciones señalan las consecuencias negativas de este evento en la calidad de vida que se refleja en dificultades para realizar actividades cotidianas y concentrase, trastornos del sueño, y depresión (Flórez, 2002; Millán-González y Solano-Medina, 2010; Rojas, 2008).

Ferrans (1996) ha definido la calidad de vida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas de la vida consideradas importantes; en esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), define la calidad de vida como uno de los factores determinantes de la salud de las personas ya que cuando una persona se siente mal, se siente infeliz y esto puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Urzúa y Caqueo, (2012) afirma que la vivencia de un duelo por la pérdida de un ser querido afecta la calidad de vida de las personas, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Miró, Cano-Lozano y Buela-Casals, (2008), encuentran que uno de los factores que más contribuyen a alcanzar dicho estado de bienestar físico y psicológico es el sueño, ya que se ha demostrado que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Incluso se ha mostrado que el sueño es sin duda un excelente indicador del estado de salud de las personas tanto en muestras clínicas como en población general (Miró, et al. 2008). En el mismo sentido Nuñez Rojas *et al.,* (2010), refieren que uno de los factores que más contribuye para el estado de bienestar físico y psicológico es el sueño, siendo una función biológica fundamental, esencial para la vida no sólo por la cantidad de tiempo que se dedica a dormir sino también por la significación que se atribuye a una noche de descanso y el efecto que este tiene en la salud. Independientemente de la cantidad de sueño, los sujetos pueden clasificarse de acuerdo con dos grandes patrones de sueño relacionados con la calidad del dormir: personas con patrón de sueño eficiente o de buena calidad y personas con sueño no

eficiente o de pobre calidad (Buela-Casals y Caballo, 1991; Boelen y Lancee, 2013). Una condición que más padecen las personas en duelo es la carencia de un sueño reparador, ya que les cuesta trabajo conciliar y mantener el sueño (Millán-González y Solano-Medina, 2010; O´Connor, 2014).

Asimismo, ante la pérdida de una persona, por muerte, especialmente si se trata de un hijo(a) los individuos con frecuencia caen en un estado de depresión del cual es difícil salir sin ayuda; ocurren también una variedad de desajustes internos y externos (en el hogar, lo laboral, social y espacial) que afectan la salud mental y la calidad de vida. Pérez Trenado (1999) afirma que alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca. La tristeza y la falta de deseos por vivir pueden llegar a paralizar, a detener la vida en su realización existencial; aunque la vida sigue, ésta se ve desde lejos y sin inquietud, sin ilusión ni compromiso, se vive por inercia, como algo que al propio doliente no le compete, como si la vida le fuera algo ajeno e incluso llegando a doler estar vivo (Botella, Baños y Guillen, 2009).

Actualmente el DSM V (2013) reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida, lo cual incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir *Trastorno por duelo persistente* (duelo patológico). Dado que la depresión mayor está relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos; por último, los síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo.

El proceso de duelo

El duelo ha sido conceptuado como la repuesta psicológica-sentimiento-pensamiento que se presenta ante la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quien la vive, lo cual determina si se involucran o no síntomas físicos en ella (Gala León et al, 2002). Al trabajar con personas en duelo, es primordial descubrir las necesidades que existen detrás del mismo, los asuntos no resueltos y los que se tienen que finiquitar y por supuesto establecer cuáles se ven afectados por la pérdida para poder contribuir a mejorar la calidad de vida, entristecida por este proceso (Castro, 2013).

En el caso del duelo por la muerte de un hijo, el impacto es enorme, aún mayor en las muertes traumáticas (accidentes, violencia, suicidios); la literatura coincide en señalar que la relación de parentesco resultó significativa en cuanto a la dificultad de afrontamiento de la pérdida (Gamo Medina, Del Álamo Jiménez, Hernangómez Criado y García Laborde, 2003). Gómez-Dantés et al. (2011) indican que las personas que pierden un hijo pierden también la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una

disminución de la vitalidad acompañada de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado. Suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro, así como alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual, sintomas que en la mayoría de los casos pueden desembocar en un episodio depresivo. Este evento incluso tiene repercusiones en las relaciones con los otros hijos supervivientes y con el cónyuge, llegando a producir cambios en la relación de pareja, que van desde una intensificación del apoyo mutuo a tornarse conflictiva e incluso pueden dar lugar a una separación (Gamo Medina y Pazos Pezzi, 2009).

Grinberg y Grinberg (1980), señalan que vivir implica pasar por una sucesión de duelos; la evolución da tiempo al Yo a la elaboración de las pérdidas y al restablecimiento de los momentos transitorios de trastorno de la identidad. Si fracasa la elaboración del duelo, se producen graves perturbaciones o formaciones patológicas. De ahí que el proceso de duelo puede seguir cursos normales o, por el contrario, enquistarse de tal forma en la persona provocando un duelo patológico que requiera de ayuda profesional personalizada. De acuerdo con Castro (2010), puede presentarse el duelo anticipado, el normal y el patológico. El "duelo anticipado" se refiere a un complejo proceso que se experimenta cuando un individuo se encuentra frente a la posibilidad de anticipar su propia muerte o la de un ser querido y constituye una forma de adaptación a lo que va a llegar.

El duelo que se ha llamado "normal", ocurre cuando la persona cercana al fallecido experimenta generalmente un sentimiento de desolación y llora la desaparición de la persona amada. A veces, sin embargo, sucede lo contrario, y la persona vive una especie de anestesia afectiva que le hace parecer como alguien vacío, aislado o indiferente. Otros manifiestan sentimientos negativos como la agresividad. Cada una de estas reacciones puede considerarse como "normal" (Tercero, 2010), ya que se caracteriza porque se acepta la realidad y se van dejando gradualmente los vínculos con la persona fallecida. En la forma que tome este proceso influyen diversos factores como la personalidad del doliente y el lazo familiar que mantenía con el difunto.

Se dice que un duelo es "patológico" cuando las reacciones emocionales ante la pérdida son intensas y duraderas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, presentando disturbios emocionales (Instituto Mexicano de Tanatología, 2008). Otras características de este tipo de duelo son las distorsiones cognitivas, el enojo y la amargura acerca del fallecido, la negativa para continuar con la vida propia, el sentimiento de vacío en la vida, así como ideación intrusiva sobre la persona ausente, que generan actitudes evitativas y de franca disfunción social. Dicha condición se ha asociado con trastornos emocionales y físicos, entre los cuales se incluyen las patologías del sueño, así como altos porcentajes de episodios depresivos (Millán-González y Solano-Medina, 2010). En esta misma línea, Echeburúa y Herrán (2007)

afirman que el duelo por la muerte de un ser querido puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, cefaleas, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente); puede haber también una disminución de las defensas del organismo, lo que aumenta la vulnerabilidad del sujeto a padecer enfermedades físicas.

Elaboración del duelo

Tizón (2008) y Díaz (2012) señalan que la elaboración del duelo consiste en una serie de procesos psicológicos que permiten la aceptación de la nueva realidad interna y externa del sujeto, la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, así como la reorientación de la actividad mental (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales). Por ello, elaborar un duelo es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona, y tiende a la adaptación y armonización de la propia situación interna y externa frente a una nueva realidad. La elaboración del duelo se termina cuando la persona es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando ha aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando ha dejado de vivir en el pasado y puede invertir de nuevo toda su energía el presente y en lo que tiene a su alrededor.

Neimeyer y Ramírez (2002) expresan que los objetivos realistas del trabajo del duelo incluyen recuperar el interés en la vida y sentirse esperanzado, descubrir los nuevos aspectos de sí mismo y entablar nuevas relaciones. El autor señala que la persona debe encontrar un "sitio" (un lugar simbólico) donde recolocar emocionalmente (y también cognitivamente) al difunto, que permita a la persona en duelo continuar percibiendo que la vida tiene sentido. Soto, Falcón y Volcanes (2009) indican que el proceso de duelo está influido por las fortalezas individuales y la experiencia de vida de los que atraviesan un duelo, y señalan que el género es un factor que hace que las parejas lleven diferentes tipos de duelo.

Etapas y tareas del duelo

La literatura presenta diversas perspectivas sobre el proceso de elaboración del duelo y las etapas o tareas del mismo (Ortiz, 2005). Uno de los enfoques usado con mayor frecuencia es el propuesto por Kübler-Ross (2012), quien considera que pueden identificarse cinco etapas: 1). Negación: o incapacidad de aceptar la pérdida, utilizando la negación como mecanismo de defensa. 2) Enojo/ira: el individuo empieza a asimilar la pérdida, pero surgen la ira y el enojo proyectados hacia el exterior. 3). Regateo/negociación: el deudo siente gran enojo y resentimiento con Dios, su familia y amigos y trata de hacer algunas promesas para intentar recuperar a su ser querido o para sentirse mejor. 4). Depresión/tristeza: el no encontrarle salida al dolor, angustia y culpa; los sentimientos de cólera, enojo y frustración repentinamente se tornan en una profunda tristeza y una sensación de desesperanza. 5. Aceptación y reorganización: el deudo revisa, aprende, define y modifica su comportamiento para

adaptarse a su nueva vida, sin su ser querido. La autora señala que se puede avanzar y retroceder durante el proceso de duelo hasta llegar a la aceptación, que no significa olvidar al ser querido sino aprender a vivir con el dolor.

El modelo de O´Connor, (2014) hace referencia a plazos o tiempos, que ofrecen una referencia para poder diferenciar entre duelos normales o patológicos. La autora propone las siguientes etapas: 1*) Ruptura de hábito* (del fallecimiento hasta ocho semanas después aproximadamente), se caracteriza por el cambio radical de vida. Los dolientes se dedican a los rituales y ceremonias propias del fallecimiento. Los hábitos alimenticios y del sueño se ven bruscamente alterados; existe mucho dolor y miedo, mismos que se manifiestas a través de intenso llanto. Otros sentimientos comunes son la confusión y la negación. *2). Reconstrucción de vida* (de 2 a 12 meses), se dice que es la etapa más difícil, se empiezan a tener rutinas nuevas y se está aprendiendo a vivir sin la presencia del ser querido, sin embargo, se lucha contra la recuperación, hay dolor y llanto que van disminuyendo poco a poco, en ocasiones se presentan crisis, en especial en fechas significativas. *3). Nuevos objetos de amor y amigos* (transcurso del segundo año), es llamada también fase de resolución, ya que el doliente toma conciencia de que su vida debe continuar y de que ha de responsabilizarse de su felicidad. En esta etapa aumenta la vida social, la cual se había visto muy alterada. *4). Terminación del ajuste* (final del segundo año), es la etapa en la que finaliza el duelo, se describe como *aceptar lo pasado, vivir el presente y estar dispuesto a planear el futuro*.

William Worden (2015) desarrolló un modelo que llama “Las cuatro tareas del duelo”; el autor comenta que ante la pérdida y el dolor la persona puede hacer muchas cosas para completar exitosamente el trabajo del duelo. Worden usa el término “tareas” en relación al concepto de Sigmund Freud "trabajo de duelo", dando una idea de un proceso activo. Sin embargo, aclara que estas tareas fueron descritas básicamente para ayudar a facilitar la comprensión de estos procesos, lo que no implica esperar que los pacientes estén obligados a transitar por un camino lineal. Pueden no respetar dicha cronología ya que se trata de un proceso dinámico y muy personal.

De acuerdo con Worden (2015), la primera y más fuerte de las tareas es la “*aceptación de la realidad”*, el ser consciente de que su ser querido ya no está y no volverá. Realizar la primera tarea lleva tiempo y los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a acercarse a la aceptación. La segunda se refiere a “*elaborar el dolor de la pérdida”*. Parkers (1972, citado en Worden, 2015), expresa que, si el dolor no se reconoce y no se resuelve, se manifiesta en síntomas físicos o mediante alguna forma de conducta anormal. No todos viven el dolor de la misma manera o con la misma intensidad, pero es imposible perder a alguien con quien se estaba muy unido sin sentir dolor. La negación de la segunda tarea tiene como consecuencia no sentir, las personas pueden evitar esta tarea

bloqueando sentimientos y negando el dolor. Muchas personas se benefician del apoyo externo que los ayuda a afrontar y resistir la pena que produce la pérdida. De esta manera asistir a un grupo terapéutico funciona como soporte para las personas que pasan por un duelo

La tercera tarea se refiere a "*adaptarse a un mundo sin la persona fallecida*". Dicha adaptación es muy amplia, puesto que incluye adaptaciones externas (vida diaria sin la persona), internas (¿Quién soy ahora?) y espirituales (encontrar nuevas formas de ver el mundo). Y, por último, la tarea cuatro reside en "*hallar una conexión perdurable con el fallecido*" al embarcarse en una vida. Esta tarea se obstaculiza cuando la persona se apega tanto al afecto pasado que no puede establecer otras relaciones. La frase que podría definir mejor la no resolución de la tarea cuatro seria "No vivir". Para muchas personas esta tarea es la más difícil, pues se quedan encalladas en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida se ha detenido en el momento de la pérdida. La aceptación de la pérdida no significa que la relación con la persona fallecida ha concluido. Encontrar una manera propia, exclusiva de continuar una conexión con esa persona es normal y saludable. Para que esta cuarta tarea se pueda completar habrá que haber realizado con éxito las tres anteriores. El final del duelo ocurrirá cuando la persona encuentra motivos para vivir, y puede volver a vincularse con aquello que la vida le ofrece, sin olvidar, ni dejar de amar a la persona fallecida con quien estuvo unido/a pero que se ha marchado.

El trabajo psicoterapeútico en el proceso de duelo

Uno de los enfoque que se ha usado para trabajar el duelo es la logoterapia (Frankl, 1997), que supone la existencia del inconsciente espiritual del hombre (Noblejas, 2000), donde el individuo conoce quién es en profundidad y qué valores tienen sentido, aunque conscientemente no logre saberlo. Este enfoque terapéutico promueve que el individuo se dé cuenta de que la forma en que una persona vive una situación dramática es una decisión personal y ha mostrado ser una alternativa psicoterapeutica valiosa (Sánchez-Castillo, Amador-Velázquez y Rodríguez-García, 2015; Rodríguez-Sosa y Gómez-del Castillo, 2012) Para Frankl, el cambio terapéutico se produce cuando se encuentra el "sentido a la situación concreta y de la existencia". El descubrimiento del "sentido" es el foco esencial de la psicoterapia, especialmente ne el duelo, como se ha evidenciado en estudios mas recientes (Arango, Ariza y Trujillo, 2015; Hedayati y Khazaei, 2013, Martínez y Castellanos, 2013). Cuando el paciente logra tomar plenamente su propio Sentido Existencial, surgen en él preguntas tales como: "¿Para qué concretamente es bueno que yo exista?", "¿Qué concretamente puedo hacer para que el mundo sea un poco mejor? ¿Algo que me involucre plenamente como persona?" (Gengler, 2009). El uso de técnicas de la logoterapia como la "*derreflexión*" (Frankl, 1997; 2003), que significa ignorarse a sí mismo, se refiere a la capacidad de auto distanciamiento, es decir, que la persona pueda dejar de estar

ensimismada en su propio dolor. Con esta técnica el terapeuta ayuda a las personas a salir del egocentrismo para acercarse a otros y a causas significativas, a buscar sentido más allá de la situación existente, a eliminar el sufrimiento evitable a través de la autotrascendencia, motiva a la persona para que se comprometa y actúe.

Otra de las técnicas con este enfoque es el "*cambio o modulación de actitud"* cuyo objetivo consiste en corregir una actitud insana hacia un problema sobre el que no se tiene control. El proceso consiste en ayudar a que las personas consigan una perspectiva que las capacite para ver lo viejo con nueva luz, para aceptar el destino con nueva actitud, para buscar sentido en las situaciones actuales, para cambiar el sufrimiento inevitable en logro humano, para motivar al individuo a actuar con coraje y dignidad. La tecnica del "*diálogo socrátic*o" permite hacer consciente tales contenidos para enfocar y superar la situación de sufrimiento desde ellos. Se procura que las personas encuentren sentido en el sufrimiento, ya que cuando no existe ninguna posibilidad de cambiar el "destino", lo importante es la actitud con la que se afronta (Noblejas, 2000). Asimismo, las intervenciones desde la Gestalt permiten colocar a una persona significativa en la vida del paciente, que puede no estar disponible por diversas causas (fallecimiento, distanciamiento, abandono, separación, etc.). La persona, si bien ya no tiene existencia en la realidad física, existe en la realidad psicológica; de esta manera los participantes pueden usar su imaginación para rellenar con la presencia del ser querido ausente, con el objetivo de despedirse y expresar lo no dicho por lo imprevisto de la muerte.

Durante la intervención psicoterapéutica se utilizaron varias técnicas gestálticas como: *"la silla vacía"*, esta técnica permite a las personas mediante un diálogo con la persona ausente, reintegrar a sus vidas situaciones no resueltas que provocan malestar emocional, dolor, agobio o frustración; también se utilizó la de *"asuntos inconclusos*", donde la persona puede expresar sus asuntos inconclusos o pendientes que pueden ser sentimientos (agresivos, amorosos, o de cualquier otro tipo). Una vez expresados los sentimientos la persona ha de despedirse de su ser querido ausente y cerrar la historia que mantenía abierta; generalmente, los efectos beneficiosos de estas despedidas suelen ser duraderos, y la persona va adquiriendo mayor interés por la vida y por quienes le rodean. La técnica "*me hago responsable*" logra que la persona tome conciencia de que es ella la que decide la actitud que va a asumir ante lo que no puede cambiar , en esta caso la muerte de hijos. De esta manera deja de echarle la culpa al mundo de su situación, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí misma para cambiar o disminuir sus consecuencias (Martín González, 2013).

Intervención psicoterapeútica grupal

De acuerdo con Yalom (2010) las intervenciones psicoterapéuticas grupales resultan sumamente valiosas, ya que el cambio es un proceso enormemente

complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas. El autor menciona que propiciar diversos "factores terapéuticos" en las psicoterapias de grupo contribuye al cambio; estos factores o líneas son nueve y son interdependientes ya que operan en conjunto, por lo que se les debe considerar como un mapa cognitivo, que dirigen la efectividad de la terapia de grupo. Estos factores son: 1) *Infundir esperanza*, considerada crucial en toda psicoterapia ya que se requiere para mantener al paciente en la terapia, y para que puedan tener efecto otros factores terapéuticos, además, la fé en un modo de tratamiento puede por sí misma ser efectiva terapéuticamente. 2) *Universalidad:* En terapia grupal, los pacientes se dan cuenta que no son casos únicos. 3) *Información participada*: Informar es importante porque el no saber genera ansiedad. 4) *Altruismo*: Los pacientes reciben cuando dan. En todo grupo de terapia, los pacientes se ayudan mucho entre sí. Comparten problemas similares; se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias e insight, y se tranquilizan unos a otros. Para que un paciente que inicia la terapia, que se siente desmoralizado y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar sorprendentemente gratificante. 5) *Recapitulación correctiva del grupo familiar primario*: La mayoría de los pacientes de terapia grupal tienen una experiencia insatisfactoria con su familia primaria. Gracias a que la terapia de grupo ofrece una selección de posibilidades de recapitulación tan amplia, los pacientes pueden empezar a interactuar con los líderes o con otros miembros, tal como interactuaron antes con sus padres y hermanos. 6) *Desarrollo de técnicas de socialización*: El aprendizaje social o desarrollo de habilidades sociales básicas, varían por su naturaleza, dependiendo del tipo de grupo. 7) *Conducta imitativa*: Durante la terapia en grupo, los miembros se benefician de la observación de la terapia de otro paciente que tiene problemas similares. 8) *Catarsis:* El dar rienda suelta a las emociones en sí mismo pocas veces promueve el cambio duradero en el paciente, aunque lo acompañe una sensación de alivio emocional. Pero es importante compartir con los demás el propio mundo interior para ser aceptado por el grupo. 9) *Factores existenciales*: La lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido.

En este enfoque, existen tres preguntas orientadas existencialmente que han sido ponderadas por los pacientes: a) *Reconocer que no importa lo próximo que se esté orientado a otras personas, debo todavía afrontar mi vida solo*. b) *Afrontar las cuestiones básicas de la vida y muerte propias, y de este modo, vivir la vida más honestamente y ser menos propenso a trivialidades*. c) *Aprender que se deben asumir la responsabilidad por el modo en que persona vive su vida, no importa cuanta guía y apoyo consiga de los demás*. Estos tres factores juegan un papel supremo en los grupos especializados donde los pacientes

están gravemente enfrentados a cuestiones existenciales, como el dolor, el sufrimiento y la enfermedad (Yalom, 2010). A partir de lo anterior, y dada la importancia vital del proceso de duelo, especialmente en los casos de la muerte de un hijo, el objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de una intervención psicoterapeútica grupal en la calidad de vida, del sueño y la depresión en padres en duelo por la muerte de un hijo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Esta investigación constituye un diseño cuasi experimental pre-post de un solo grupo pues se pretende conocer la forma en que la intervención psicoterapéutica influye sobre la calidad de vida, calidad del sueño y síntomas de depresión de un grupo de participantes (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Participaron seis parejas casadas (seis padres y seis madres) que habían tenido la experiencia de muerte de uno de sus hijos y que acudieron a solicitar apoyo psicológico. El rango de edad de los participantes fue de 40 a 64 años (M= 47.6, DE= 17.19). Con excepción de una pareja, todos tenían otros hijos, además del hijo(a) fallecido. El tiempo desde la muerte del hijo(a) hasta el momento de solicitar la ayuda psicológica estuvo en un rango de cinco meses a dos años; el rango de edad de los hijos fallecidos es de 4 a 25 años (4,17, 20, 20, 23 y 25 años). Las causas de muerte fueron variadas: uno falleció por suicidio, uno por accidente automovilístico, uno a causa de enfermedad corta e inesperada, dos por enfermedades congénitas y una por quemaduras tras una explosión.

Instrumentos

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF WHOQOL, Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004). Se utilizó la versión corta adaptada por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), que contiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente que evalúan las dimensiones de: Salud Física, Salud Psicológica, Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente, Espiritualidad y Área General (alpha de cronbach total = .75) Se responde con un formato de respuesta tipo Likert, de cinco opciones. Se obtienen sumas parciales que van de 0 a 100 puntos, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. Los dominios se miden en una dirección positiva entre más alto el puntaje mejor es la calidad de vida.

Cuestionario Oviedo del Sueño (Bobes García et al, 2000). Para este trabajo se utilizaron como indicadores de la calidad del sueño cuatro lítems: el 1, que indaga sobre la satisfacción subjetiva del sueño, y los items 2, 3, y 4 que indagan sobre dificultades para

conciliar el sueño, para permanecer dormido y para lograr tener un sueño reparador. El coeficiente alpha de Cronbach para la escala total reportado por los autores es = .7667.

Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer y Brown, 2011). Este inventario de autoinforme se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. La valoración delos ítems se realiza a partir del estado de ánimo en los últimos 15 días. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos (de 0 a 3), excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. La puntuación total oscila entre 0(puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La consistencia interna a través del alpha de Cronbach para muestras mexicanas es = .90 (Estrada, Delgado, Landero y González, 2015).

Procedimiento

Todos los instrumentos fueron respondidos en forma individual y se aplicaron antes de iniciar la intervención y posteriormente, y se utilizaron como test criterio para evaluar el cambio de los pacientes. A los participantes se les garantizó el anonimato y confidencialidad de sus respuestas y firmaron el consentimiento informado antes de su participación. El tiempo aproximado de respuesta en cada sesión de administración de los instrumentos fue de 25 minutos. Una vez finalizada la evaluación diagnóstica, las parejas iniciaron el proceso psicoterapéutico.

Proceso terapéutico.

La intervención terapéutica tuvo una duración de 14 sesiones durante 7 meses, con una frecuencia de dos sesiones al mes, una cada 15 días, con una duración por sesión de 2 hora cada una. Para todas las sesiones se hicieron registros anecdóticos tanto de los discursos de padres y madres como de los eventos significativos. Al finalizar la intervención se realizó otra fase de evaluación en la que se administraron individualmente los mismos instrumentos que en la fase de diagnóstico. El enfoque psicoterapéutico usado en la intervención fue la Logoterapia de Victor Frankl (1997) y se trabajaron las tareas del duelo de Worden (2015), así como los nueve factores terapéuticos de Yalom (2010). Se utilizó la logoterapia como aplicación clínica del Análisis Existencial, ya que constituye una psicoterapia que mantiene o restablece la salud mental e integral de la persona ayudándole a encontrar un sentido de vida (Gengler, 2009) a través del asesoramiento psicológico y terapia, utilizando diversas tecnicas psicológicas para que el paciente afrontara su pérdida y su dolor. Entre las tecnicas más utilizadas están la *derreflexió*n, *cambio o modulación de actitud y el diálogo socrático.* Se utilizaron las dinámicas y lecturas del material de los Grupos de ayuda mutua en el duelo propuestas por Pangrazzi

(2006); asimismo se aplicaron técnicas gestálticas como: “la silla vacía, “me hago responsable” y asuntos inconclusos” (Martín González, 2013).

Análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 24.0). En primer término, se realizó el análisis descriptivo de las variables evaluadas y posteriormente para establecer diferencias entre el pre y post test se realizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para la escala de calidad de vida y el inventario de depresión y la prueba U de Mann-Whitney para los ítems de sueño. Para todos los análisis se consideró un alfa de 0.05.

RESULTADOS

Para responder al objetivo del estudio y determinar si la intervención psicoterapéutica mejoró la calidad de vida en los participantes se realizó un análisis de diferencias a los factores de la Escala de calidad de vida a través de la prueba de rangos asignados de Wilcoxon debido al tamaño de la muestra y al diseño pre-post. Los resultados (ver Tabla 1) indican que para todos los factores de la calidad de vida se obtuvieron diferencias estadísticamente signifitivas entre los puntajes pre y post intervención. Como puede observarse se encuentran mejoría en la situación post en todas las dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 1. Análisis de diferencias pre-post para los factores de la escala de calidad de vida y salud para la muestra total (N= 12).

	Media			
Factores	**pre**	**post**	**z**	**p.**
Salud física	2.41	3.00	-2.979	.003**
Salud psicológica	2.88	3.35	-2.591	.010*
Independencia	2.91	3.50	-2.808	-005**
Relac. sociales	2.69	3.41	-2.820	.005**
Medio ambiente	3.28	3.76	-2.940	.003**
Espiritualidad	2,75	3.75	-2.585	.010*
Áreas general	2.95	3.66	-2.979	.003**

**p≤ 0.05 **p≤ 0.01 *** p≤ 0.001*

Para determinar si la intervención psicoterapéutica mejoró la calidad del sueño en los participantes, se realizó un análisis de diferencias a través de la prueba U de Mann-Whitney; este análisis se hizo para contrastas las diferencias entre grupos. Si bien fue tomado al mismo grupo, por cuestiones de confidencialidad se trataron ambos grupos de datos como grupos independiente. Los resultados (ver Tabla 2) muestran que para el item 1 no se obtuvieron diferencias en la saisfacción con el sueño entre la situación pre y post, en tanto que para los ítems 2, 3 y 4 se obtienen diferencias que indican que en la situación post disminuyen los dias con dificultades para: conciliar el sueño, para permanecer dormido y para lograr un sueño reparador.

Tabla 2. Análisis de diferencias pre-post para los indicadores de la escala de sueño.

ítems de escala de sueño	Rango promedio		U de Mann-Whitney	*p.*
	Pre test	Post test		
¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?	9.96	15.04	41.500	.07
¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para conciliar el sueño?	16.33	8.67	26.000	.007**
¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para permanecer dormido?	15.38	9.63	37.500	.04*
¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador?	15.40	9.50	36.000	.04*

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Por último, para conocer si la intervención psicoterapéutica disminuye los síntomas de depresión se utilizó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon debido al tamaño de la muestra y al diseño pre-post. Los resultados indican que disminuye la puntuación de depresión en el post test para todos los participantes (ver Tabla 3).

Tabla 3: Análisis de diferencias pre-post para la escala de depresión.

	Media		z	p.
	Pre test	Post test		
Depresión	2.41	1.08	-3.061	.002*

*p≤ 0.05

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de una intervención psicoterapeútica grupal en la calidad de vida, del sueño y la depresión en padres en duelo por la muerte de un hijo. Los resultados obtenidos mostraron que la calidad de vida estaba seriamente afectada antes de la intervención, obteniendo que las tres dimensiones con los puntajes más bajos fueron: salud física (dolor, dependencia de medicinas, energía para la vida diaria), relaciones sociales (relaciones interpersonales, apoyo social) y salud psicológica (sentimientos positivos, autoestima, imagen corporal), aunque en todas las dimensiones se obtuvieron puntuaciones por debajo de la media teórica (con excepción del factor medio ambiente). Estos resultados coinciden con estudios que evidencian que ante el proceso de duelo, especialmente patológico, la calidad de vida se ve comprometida en forma severa (López Rodríguez, 2009; Meza Dávalos et al, 2008; Urzúa y Caqueo 2012), y genera encontrarle poco sentido a la vida, carecer de una dirección en los propósitos y experimentar un caso severo de lo que Frankl (1997; 2003) llama “vacío existencial”.

Los resultados obtenidos despues de la intervención evidencian mejoria significativa en todas las dimeniones de calidad de vida y coinciden con lo reportado en el estudio de López Rodríguez, (2009, pág. 153) “brindar atención especializada para la resolución del duelo es la clave para elevar la calidad de vida”; asimismo, los resultados utilizando el enfoque y técnicas de logoterapia han demostrado ser una herramienta eficaz para el manejo del duelo, como refiere la literatura (Rodríguez-Sosa y Gómez-del Castillo, 2012; Sánchez-Castillo et al, 2015).

Respecto a la calidad de sueño, los resultados mostraron que una alta proporción de los participantes estaban insatisfechos, tenían dificultades para dormir y lograr un sueño reparador. Los resultados posteriores a la intervención señalan diferencias estadisticamente significativas para tres ítems indicadores de calidad de sueño, lo que significa que tuvieron menos dias con dificultades para conciliar el sueño, para permanecer dormidos y para tener un sueño reparador, lo cual sugiere una mejoría en este proceso. Estos resultados coinciden con los estudios sobre el efecto del duelo, especialmente el patológico con la calidad del sueño (Miró et al, 2008; O´Connor, 2014, Nuñez Rojas et al, 2010) y evidencian la posibilidad de mejorar la calidad del mismo a través de las intervenciones psicoterapéuticas, como han demostrado diversos estudios (Sarrais y de Castro, 2007; Clemente Luna, 2019; Oviedo, Forero y Mondragón, 2016).

En cuanto a la depresión, las puntuaciones antes de la intervención señalan que los participantes pasaban por un depresión de leve a grave, lo cual ha sido documentado por diversos estudios (Botella, et al, 2009; Echeburúa, Corral y Amor, 2005; Pérez Trenado, 1999), que encuentran que las pérdidas de los seres queridos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve

obligada a soportar (Gómez-Dantés et al, 2011). Los resultados muestran una notable mejoría en los índices de depresión en todos los participantes, lo cual coincide con estudios que muestran la eficacia de la logoterapia y sus técnicas para el manejo de la depresión (Arango, et al, 2015; Hedayati y Khazaei, 2013, Martínez y Castellanos, 2013).

CONCLUSIONES

En conclusión, se lograron cambios significativos en la calidad de vida, una notable mejoría en la calidad de sueño y una disminución en los índices de depresión en la mayoría de los participantes a través de la intervención psicológica grupal a través de la logoterapia y tecnicas gestalt, que permitió la elaboración del duelo. Estos padres y madres al solicitar ayuda psicológica brindada a traves de los enfoques usados aprendieron a enfrentar su dolor, a otorgarle un sentido a su sufrimiento, para finalmente trascenderlo y en ese proceso encontraron un nuevo significado a la vida. La decisión de los participantes por salir adelante y superar la pérdida fue un factor importante en los avances logrados, ya que se encontraban muy motivados pues todos manifestaron que “no querían seguir viviendo como estaban”, aunque algunos necesitaron más tiempo. La literatura respecto a este tema concuerda en que hay padres que pueden resolver su dolor más rápido que otros (Botella et al, 2009; Perez Trenado, 1999) y obtener así una mejor calidad de vida, que son capaces de trascender su sufrimiento y usar su capacidad para auto-distanciarse y muy rápidamente comienzan a ayudar dentro del grupo al compañero que sufre más (Pangrazzi, 2006). Esto permite que quien ayuda al otro comienza a distanciarse de su dolor y empiezan a prestar más atención al de los otros, comprenden que la vida, después de todo, necesita seres compasivos, y es sólo, como dice Frankl (1997), a través del "sufrimiento sufrido con coraje" que la compasión puede ser ganada.

Por ultimo, deben considerarse las limitaciones de este trabajo, en primer término, se considera que los participantes no constituyen un grupo homogéneo pues la pérdida de los hijos en las diferentes parejas de padres se debió a circuntancias muy diversas (enfermedad terminal, accidente, muerte autoinflingida, entre otras). Asimismo, las edades de los hijos que se han perdido por muerte es diversas (entre 4 y 25 años) lo que también constituye un factor que pudiera considerarse una limitación. Asimismo, dado que no hay un grupo de control, es posible que los participantes perciban un alivio al sufrimiento que pudiera estar relacionado con el desahogo emocional, más que con la resolución de tareas del duelo elaboradas durante la intervención.

REFERENCIAS

Arango, M. A., Ariza, S. y Trujillo, A. (2015). Sentido de vida y recursos noológicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXIV* (3), 211-221.

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).* Madrid: Pearson Educación.

Bobes García J, González G.-Portilla M. P., Saiz Martínez P. A., Bascarán Fernández M.T., Iglesias Álvarez C. y Fernández Domínguez J.M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema, 12(1),* 107-112.

Boelen, P. A, y Lancee, J. (2013). Sleep Difficulties Are Correlated with Emotional Problems following Loss and Residual Symptoms of Effective Prolonged Grief Disorder Treatment. *Depression Research and Treatmente*, Vol. 2013, 1-6. http://dx.doi.org/10.1155/2013/739804.

Botella, C., Baños, R. M. y Guillen, V. (2009*). El* tratamiento del Duelo Complicado: La Utilidad de las Nuevas Tecnologías. *En Asociación Viktor Frankl (Comp.) El Duelo "aquí y ahora" observar el duelo para elaborar el sentido*. Valencia: Sello Editorial.

Buela-Casals, G. y Caballo, V. (1991). *Patrones del sueño y diferencias individuales*. Madrid: Siglo XXI.

Castro, M. (2010). *Cómo enfrentar las pérdidas de la vida*. México: Minos, III Milenio Editores.

Castro, M. C. (2013). *Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México: Editorial Trillas.

Clemente Luna, S. (2019). El tratamiento psicoterapeútico del insomnio: Desde Freud hasta la higiene del sueño. Tesis de Grado. Universidad Internacional de La Rioja, España. Disponible en https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/9418/Sara%20Clemente%20Luna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz, M. E. (2012). *El duelo y su proceso para superarlo*. Tesina. Mexico: Asociación Mexicana de Tanatología.

DSM V. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales*. Barcelona: Panamericana.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2008) Superación del duelo en víctimas de delitos violentos. En L. Nomen (coord.) *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Herrán B. A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta, 33(147*), 32-50.

Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. En R. Baños (Ed.), *El duelo "aquí y ahora*" (337-359). Barcelona: Sello Editorial.

Estrada A., B. D., Delgado, A. C. Landero, H. R. y González, R. M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de poblacion general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica, 14* (1), 125-136.

Ferrans, C. (1996). Desarrollo de un modelo conceptual de la calidad de vida. Investigación académica para la Práctica de Enfermería: *International Journal, 10* (3), 293-304.

Flores, S. D. (2002). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra,25* (3), 77-85.

Frankl, V. E. (1987). *Logoterapia y análisis existencial.* Barcelona: Herder.

Frankl, V. E. (1997). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.

Frankl, V. (*2003). Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.

Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense, 30*, 39-50.

Gamo Medina, E., y Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29(2*), 455-469.

Gamo Medina, M., Del Álamo Jiménez, C., Hernangómez Criado, L., y García Laborda, A. (2003). Seguimiento de pacientes que consultan por duelo. *Actas Españolas de psiquiatría*, *31*(5), 239-243.

Gengler, J. (2009). Análisis existencial y Logoterapia. Bases teóricas para la práctica clínica. *Psiquiatría y Salud Mental, XXVI*, (3-4), 200-209.

Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de

salud de México. *Salud Pública de México*, *53* (2), 220-232.

Grinberg, L. y Grinberg, R. (1980). *Identiedad y Cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Hedayati, M. y Khazaei, M. (2013). An investigation of the relationship betwin depression, meaning in life and adult hope. Procedia – Social and Behavioral Science, Ensevier, 114, 598-601.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C.C. y Baptista, L. P. (2010). Metodología del a Investigación (5ª Ed.). Mexico: McGraw Hill.

Instituto Mexicano de Tanatología (2008). *¿Cómo enfrentar la muerte?* México: Trillas.

Kübler-Ross, E. (2012). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Drokerz Impresiones.

López Rodríguez, A. (2009). Importancia de la atención del paciente en duelo. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas, 14* (4),153-154.

Martín González, A. (2013). *Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt*. Bilbao: Desclée De Brower**.**

Martínez, E. y Castellanos, C. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianops. *Pensamiento Psicológico,11*(1), 71-82.

Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S. y Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas,13* (1), 28-31.

Millán-González, R. y Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(2)*, 375-388.

Miró, E., Cano-Lozano, C., y Buela-Casal, G. (2008). *Sueño y calidad de vida*. Revista Colombiana de Psicología, 14, 11-27.

Neimeyer, R. A. y Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Noblejas, M. A. (2000). *Palabras para una Vida con Sentido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Nuñez Rojas, A. C. N., Tobón, S., Arias Henao, A., Hidalgo Rasmussen, C. A., Santoyo Téllez, F., Hidalgo San Martin, A. y Rassmusen, C. B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología, 13*, 11-32.

O´Connor, N. (2014). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.

Organización Mundial de la Salud (2013). La gente y la salud. ¿Qué Calidad de vida?. Grupo dela OMS sobre la calidad de vida. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortiz, F. (2005). *Muerte, morir, inmortalidad*. México: Taurus.

Oviedo, G. F., Forero, V. y Mondragón, J. (2016). Manejo no farmacológico del insomnio. *Universidad Médica, 57* (3), 348-366. Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/17819/14031/

Pangrazzi, A. (2006). *Los grupos de ayuda mutua en el duelo*. Bogotá: Sociedad de San Pablo.

Pérez Trenado, M. (1999). Cómo afrontar el proceso de duelo. En W. Astudillo, A. Garcia de Acilo (Edits.). *Estrategias para la atencion integral en la terminalidad.* San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Rodríguez-Sosa, Y. y Gómez-del Castillo, J. (2012). Logoterapia: alternativa terapéutica para potenciar el sentido de vida en pacientes con cáncer terminal. *Santiago, 130,* 159-176.

Rojas, S. (2008). *El manejo del duelo*. España: Norma.

Sánchez-Castillo, T., Amador-Velázquez, R. y Rodríguez-García, C. (2015). Afrontamiento y logoterapia en pacientes terminales y cuidadores primarios. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, 6* (1), 25-39. Disponible en: http://cienciasdelasaluduv.com/site/.

Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (Director). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos en la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Pirámide,

Sarrais, F. y de Castro, P. (2007). El Insomnio. *Anales del sistema Sanitario de Navarra, 30* (1), 121-134. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000200011&lng=es&nrm=iso

Skevington, S., Lotfy, M. y O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international

field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality Life Research 13*, 299–310. doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AQURE.0000018486.91360.00

Soto, S. O., Falcón, F. P., y Volcanes, M. M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global, 8* (1), 18-26.

Tercero, R. P. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, *17* (10), 656-663.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia* (Vol. 12). España: Grupo Planeta.

Tizón, J. (2008). *Días de duelo*. España: Alba.

Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica, 30 (1), 61-71.

Worden W. (2015) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo* (Cuarta edición). Madrid: Paidós.

ARTÍCULO ORIGINAL

Correlación entre conductas de riesgo y nivel socioeconómico en adolescentes de educación media superior

Correlation between risk behaviors and socioeconomic status in adolescents of high school

Sheila Mariela Cohuo Cob[1], Didier Francisco Aké Canul[1], Freddy Javier Amaya Cel[1], María José Cano Chi[1], Ashley Scolly Cupul Ruiz[1], Lizzie Emiré Gamboa Canché[1] Cinthia Estephania Pech Varguez[1], Sheyla Safiro Poot Koh[1], Martha Guadalupe Trujeque Zavala[1], Hugo Roberto Manzanilla Evia[1]

RESUMEN

El **objetivo** del estudio es analizar la asociación del nivel socioeconómico con las conductas de riesgo que desembocan en consecuencias nocivas, en adolescentes de una institución de educación media superior. **Materiales y método**: estudio con enfoque cuantitativo, transversal con alcance correlacional descriptivo, en estudiantes de nivel medio superior, con una muestra de 127 participantes a través de un muestreo aleatorio simple, se aplicaron los instrumentos de "Encuesta sobre comportamientos de riesgo", del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el "Cuestionario para medir el nivel socioeconómico", por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), en versión digital. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba exacta de Fisher en el software Stata® v.14. **Resultados**: La correlación propuesta entre el nivel socioeconómico (NSE) y las conductas de riesgo existe asociación estadística significativa en dos variables (Tabaquismo p= 0.307; Alcoholismop= 0.307; Drogadicción p = 0.036; Sexualidad p = 0.202; Violencia p = 0.035), lo que sugiere que el desarrollo de las conductas de riesgo varía según nivel socioeconómico de los adolescentes. Predomina en esta área de estudio el nivel medio elevado (34%). La edad promedio de los participantes fue de 16.44. Las conductas más significativas predominan en hombres de clase media. **Conclusión:** Algunas conductas de riesgo presentes en los estudiantes de nivel medio superior se encuentran influenciados por el nivel socioeconómico de los adolescentes. Las intervenciones de promoción de la salud deben priorizar los cambios que ocurren en la adolescencia independientemente del nivel socioeconómico.

Palabras clave: conductas de riesgo, nivel socioeconómico,

ABSTRACT

The objective of the research is to analyze the association of the socioeconomic status with the risk factors for that lead to harmful consequences in adolescents of an institution of high school. **Material and method**: study with a quantitative, cross-sectional approach with descriptive correlational scope, in students of high school, with a sample of 127 participants through a simple random sampling, the instruments were applied "Survey on risk behaviors" of the Inter-American Bank Development (IDB) and the "Questionnaire to measure the socioeconomic status", by the Mexican Association of Market Intelligence and Opinion Agencies (AMAI), in digital version. For the data analysis, Fisher's exact test was used in Stata® software v.14. **Results:** In the proposed correlation between socioeconomic level (SES) and risk behaviors there is a significant statistical association in two variables. (smoking addiction p= 0.307; Alcohol addiction p= 0.307; Drug addiction p = 0.036; Sexuality p = 0.202; Violence p = 0.035), which suggests that the development of risk behaviors varies according to the socioeconomic status of adolescents. The medium high status prevails in this study area (34%). The average age of the participants was 16.44. It was found that the most significant behaviors predominate in middle class men. **Conclusion**: Some risk behaviors present in upper middle level students are influenced by the socioeconomic level of adolescents. Health promotion interventions should prioritize changes that occur in adolescence regardless of socioeconomic status.

Keywords: Risk behaviors, socioeconomic status, adolescence.

[1]Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 15 de abril de 2019.
Aceptado: 17 de octubre de 2019.

Correspondencia para el autor: Sheila Mariela Cohuo Cob. Calle 90 S/N x 59 y 59ª Col. Centro. C.P. 97000, Mérida, Yucatán, México. sheila.cohuo@correo.uady.mx

INTRODUCCIÓN

El segundo decenio de la vida es un período de rápido y profundo cambio y desarrollo biológico, cognitivo, emocional y social. La adolescencia temprana (de 10 a 14 años) se caracteriza por rápidas transformaciones biológicas en niños y niñas, con cambios hormonales e inicio de la capacidad de reproducción. La adolescencia tardía (15-19 años) se caracteriza por la maduración puberal y la adopción progresiva de más papeles y funciones de adulto. [1]

En este periodo de vida, el adolescente actúa de manera impulsiva y se hace daño cuando se ve atrapado ante una situación de sufrimiento y/o angustia pues se desarrollan varias etapas que van desde la identificación con líderes de grupos de pertenencia y la idea de ser omnipotentes e indestructibles hasta el período de quiebre, lo que supone un proceso de vulnerabilidad que toma diferentes niveles de intensidad según el momento de vida que se esté viviendo. [2]

En la adolescencia es común la presencia de conductas de riesgo, definiéndose como aquellas actividades que incrementan las posibilidades de deteriorar el estado de la salud por morbilidad o mortalidad.[3] El desarrollo del adolescente puede verse alterado por acciones voluntarias del propio joven entre las que se encuentran las conductas o comportamiento riesgosos, que pueden llevar a consecuencias nocivas para su salud. Estas conductas tienden a no distribuirse en forma aleatoria entre todos los/as adolescentes de una población dada, sino a concentrarse en un conjunto de estos, que habitualmente presentan algunas de estas conductas de riesgo. En muchos casos distintos tipos de conductas de riego se asocian entre sí: el consumir drogas, tener actividad sexual precoz, presentar conductas sexuales particulares y tener bajo rendimiento escolar suelen ser comportamientos de un mismo grupo de adolescentes. [4]

En México existen 13.2 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, lo que representa 11.8% de la población total. El 55.2% de los adolescentes mexicanos se encuentran ubicados dentro de un nivel socioeconómico bajo, mientras que uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales por debajo del ingreso mínimo normal. En Yucatán la población es de más de 2 millones de personas de las cuales 8.6% son jóvenes hombres de 10-19 años y 8.3% son mujeres jóvenes en el mismo rango de edad.[5]

Prestar una atención especial a la fase de la adolescencia dentro del ciclo de vida es indispensable. Los comportamientos relacionados con la salud y las afecciones determinantes de las principales enfermedades no transmisibles suelen presentarse por primera vez, o verse reforzados, durante la segunda década de vida: consumo de tabaco y alcohol, hábitos de alimentación y de actividad física, sobrepeso y obesidad. Esos comportamientos y afecciones tienen un grave impacto en la salud y el desarrollo de los adolescentes de hoy, pero sus efectos para la salud en la edad adulta son devastadores .[6]

Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud; son los causantes de la transición epidemiológica que se produce de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles en la segunda década de vida. Al mismo tiempo, los problemas y los comportamientos relacionados con la salud durante la adolescencia (enfermedades crónicas y consumo de alcohol, por ejemplo), afectan al desarrollo físico y cognitivo. La evolución de las capacidades de los adolescentes afecta a cómo piensan estos sobre su salud y sobre su futuro y determina lo que influye en sus decisiones y acciones. Eso significa que la experimentación, la exploración y la asunción de riesgos que tienen lugar durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico y que existen posibilidades reales de mejorar situaciones negativas que se produjeron en los primeros años de vida. [6]

El objetivo de la investigación es analizar la asociación del nivel socioeconómico con las conductas de riesgo que influyen en consecuencias nocivas en adolescentes de una institución de educación media superior.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación fue realizada con enfoque cuantitativo, observacional, de diseño transversal con alcance correlacional descriptivo, con estudiantes de nivel educativo medio superior.

Para la selección de participantes se realizó un muestreo aleatorio simple, para el cálculo de tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico Stata v.14, en el cual se utilizó la fórmula de Wald, para representar una proporción en una muestra. Se utilizó un error probabilístico de 0.01, y un poder estadístico de 0.9. La proporción de adolescentes de 12 a 17 años que tenían el hábito de fumar fue de 6.2%, resultado encontrado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 [7]; dicha proporción se utilizó como referencia para establecer una hipótesis nula de 0.062 y una hipótesis alternativa de 0.01, obteniendo un tamaño de muestra de 127 participantes.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de participantes fue que sean estudiantes inscritos de una escuela de nivel medio superior, tener entre 15 y 19 años cumplidos (edad comprendida en el concepto de adolescencia y que se encuentran estudiando en el nivel medio superior), que acepten participar con firma de consentimiento informado, en el caso de los menores de edad, se solicitó el asentimiento verbal. El criterio de exclusión fue que no se respondiera completamente los instrumentos.

Se utilizaron los instrumentos “Encuesta sobre comportamientos de riesgo”, derivado de la Guía para medir los comportamientos de riesgo en jóvenes, elaborado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) [8] y el

"Cuestionario para medir el nivel socioeconómico" V.2018, diseñado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). Este cuestionario es especialmente robusto para entender los hábitos de consumo y gasto de los hogares mexicanos. Existe información relevante del gasto del hogar en cientos de categorías, que permiten describir a detalle el destino del dinero de las familias del país. Adicionalmente, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía mexicano (INEGI) cada dos años, contiene módulos en el cuestionario que registran no sólo información del gasto y el ingreso en los hogares con una muestra representativa a nivel nacional y por entidad federativa. [9] La recolecta de datos se realizó a través de la modalidad virtual (Google Drive®), en la sala de cómputo de la escuela preparatoria, a los estudiantes seleccionados en la aleatorización de la muestra.

Para el procesamiento de los datos recolectados, se tabularon en el software Excel, de donde se obtuvieron frecuencias porcentajes y para su posterior análisis se utilizó el software estadístico Stata® v.14, se calculó la prueba exacta de Fisher para determinar la presencia de asociación entre variables categóricas. Se consideró significativo un error alfa < 5%

RESULTADOS

Del total de participantes (127) de la escuela de nivel medio superior, el 46% (58) son hombres y el 54% (69) son mujeres. La edad de los participantes oscila entre los 16 y 19 años. La edad media fue de 16.44 años de edad.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la población

Características		*f*	%
Sexo			
-	Hombres	58	46%
-	Mujeres	69	54%
Edad			
-	15	33	26%
-	16	31	24%
-	17	39	31%
-	18	22	17%
-	19	2	2%
Grado escolar			
-	Primer año	42	33%
-	Segundo año	42	33%
-	Tercer año	43	34%

Fuente: Elaboración propia. 2018; n=127. Nota: NSE = Nivel Socioeconómico; f = Frecuencia; %= Porcentaje.

El nivel socioeconómico (NSE) de los encuestados quedó clasificado, según el instrumento de la AMAI 2018, de la siguiente manera:

Tabla 2

Clasificación del Nivel socioeconómico de la AMAI, 2018.

NSE	DESCRIPCIÓN NSE	*f*	%
A/B	Más alto	39	31%
C+	Medio – elevado	43	34%
C	Medio	20	16%
C-	Medio – bajo	16	12%
D+	Bajo	6	5%
D	Muy bajo	3	2%
E	Extremadamente bajo	0	0%

Fuente: Elaboración propia. 2018; n=127. Nota: NSE = Nivel Socioeconómico; f = Frecuencia; %= Porcentaje.

Más del 60% de los estudiantes pertenecen a los niveles socioeconómicos más elevados, en contraste con el 7% de ellos, quienes pertenecen a los estratos más bajos

.

Tabla 3

Factores de riesgo: violencia (pandillerismo)

Variables	*f*	%
Peleas con otros jóvenes		
- Sí	12	9%
- No	115	91%
Sexo de los que han tenido peleas con otros jóvenes		
- Hombre	10	8%
- Mujer	2	1%
NSE de los que han tenido peleas con otros jóvenes.		
- Alto	4	3%
- Medio	5	4%
- Bajo	3	2%

FUENTE: Elaboración propia. 2018; n=127. Nota: NSE = Nivel Socioeconómico; f = Frecuencia; %= Porcentaje.

Del 9% de los participantes que afirman que se ha encontrado en peleas con otros jóvenes, el 4% es de nivel socioeconómico medio. Se observa que el entorno violento es más prevalente en los hombres que en las mujeres.

Tabla 4

Factores de riesgo: drogadicción

Variables	*f*	%
¿Consumes o has consumido drogas?		
- **Sí**	**13**	**10%**
- No	114	90%
Sexo de los que consumen o han consumido drogas		
- Hombre	11	8%
- Mujer	2	2%
NSE de los que consumen o han consumido drogas		
- Alto	1	1%
- Medio	8	6%
- Bajo	4	3%

FUENTE: Elaboración propia. 2018; n=127. Nota: NSE = Nivel Socioeconómico; f = Frecuencia; %= Porcentaje.

Del 10% de los participantes que consumen o han consumido drogas, el 8% (11) son hombres y el nivel socioeconómico en el que se presenta mayor adicción a drogas es el nivel medio, con un 6% (8).

Tabla 5

Factores de riesgo: sexualidad

Variables	*f*	%
¿Vida sexual activa?		
- **Sí**	**27**	**21%**
- No	100	79%
¿Vida sexual activa segura?		
- **Sí**	**23**	**18%**
- No	26	20%
Sexo de los que llevan vida sexual activa segura		
- Hombre	15	12%
- Mujer	8	6%
NSE de los que llevan una vida sexual activa		
- Alto	7	6%
- Medio	17	13%
- Bajo	3	2%

Fuente: Elaboración propia. 2018; n=127. Nota: NSE = Nivel Socioeconómico; f = Frecuencia; %= Porcentaje.

Del 18% de adolescentes con una vida sexual activa con protección, 12% (15) son hombres y el 6% (7) restantes mujeres. Se pude concluir que en los participantes los hombres son los que se protegen más. En cuanto al nivel socioeconómico la vida sexual activa es más prevalente en los adolescentes de nivel medio.

Tabla 6
Correlación de las variables aplicadas

Variables	*P*
Tabaquismo	0.307
Alcoholismo	0.307
Drogadicción	0.036*
Violencia (Pandillerismo)	0.035*
Sexualidad	0.202

Fuente: Elaboración propia. 2018; n=127.

Para la correlación propuesta entre el NSE y conductas de riesgo en adolescentes a nivel bachillerato, no se obtuvo asociación estadística significativa en el consumo de sustancias lícitas como son el alcohol y el tabaco, así como en prácticas sexuales; sin embargo, en el consumo de drogas ilícitas y la violencia se encontró significancia estadística.

DISCUSIÓN

El estudio se realizó para establecer una correlación entre el nivel socioeconómico y la presencia de conductas de riesgo en los adolescentes de una institución de educación media superior; con base en ello, se identificó que no existe asociación estadística significativa, lo que sugiere que las conductas de riesgo se realizan independientemente del nivel socioeconómico de los adolescentes. Esta información, concuerda con el estudio de Reddy-Jacobs y cols., quienes reportaron que no hay relación entre el NSE y el inicio del consumo de tabaco.[10]

Por otro lado, los resultados de esta investigación son similares con los obtenidos en el estudio realizado por Gutiérrez et al., el cual sugiere que el consumo de sustancias nocivas está asociada a la disponibilidad de recursos; es decir, a mayor nivel socioeconómico de los adolescentes mayor será el consumo de dichas sustancias. [11]

Un dato importante que se manifiesta es que los hombres adolescentes refieren mayor frecuencia de prácticas sexuales, pero es el sexo femenino quien tiene más prácticas sexuales sin protección. Lo que coincide con el estudio llevado a cabo por Trejo y cols. de la Universidad Autónoma de Zacatecas, dicho estudio también señala que los hombres son quienes mayormente utilizan métodos anticonceptivos y en quienes recae la selección de éstos. [12]

De igual forma, en el presente estudio arrojan resultados muy similares a los encontrados en la investigación de Villatoro et al. [13], arrojando una cifra para el consumo de cualquier tipo de droga del 15.6% en el estado de Yucatán entre los jóvenes estudiantes de bachillerato. Por otra parte, los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) muestran una prevalencia de consumo en hombres 18.6% y en las mujeres 15.9%, lo que sugiere que el consumo de drogas está presente en los estudiantes de educación media superior, en mayor prevalencia en hombres que en mujeres. [14]

Los resultados obtenidos con la variable pandillerismo se asemejan con un estudio realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) [15] aplicada en la Ciudad de México, donde se identificó que 3 de los adolescentes llevaban consigo en el último mes algún tipo de arma, siendo un peligro inminente para sí mismos y las personas que los rodean. Además, se descubrió que 16 personas más, que corresponden al 12.5% han convivido con pandillas sin ser parte de ellas, es decir, un total de 28 personas, aumentando el porcentaje a 22% han cursado por un ambiente violento.

CONCLUSIONES

Se establece que las conductas de riesgo se desarrollan de igual manera en hombres que en mujeres, y ciertas conductas están determinadas por el nivel socioeconómico en el que se encuentren los adolescentes, por lo que resulta interesante conducir las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en todos los estratos socioeconómicos, y no solamente focalizarlos en los estratos bajos, dado que se visibilizan factores de riesgo que no dependen de la capacidad de adquisición de los estudiantes.

Se recomienda el diseño de intervenciones en salud para la prevención de la violencia, la disminución de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, y el consumo de drogas lícitas e ilícitas, con la finalidad de mejorar el panorama social de las generaciones que se insertarán al escenario laboral.

Es imperante la colaboración intersectorial para el diseño de estrategias de prevención que condicionen el desarrollo de los adolescentes, tanto a nivel escolar, familiar, educativo, sin esta colaboración se continúa con acciones aisladas que tienen el objetivo

de mejorar la transición de la etapa adolescente a la edad adulta.

La inversión en salud durante la adolescencia a niveles individuales y colectivos augura un desarrollo social positivo en los países, debido a que se contará con una población económicamente activa, con fortalezas físicas, psicológicas, mentales, de socialización, que coadyuvarán con el óptimo desempeño en los ámbitos laborales y familiares.

Fuente de financiamiento El presente estudio fue autofinanciado por los integrantes del equipo de investigación

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos:

A la M. en C. Alejandra Salcedo Parra por el asesoramiento en el análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la región de las Américas. La aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010)2018. [en línea]. Washington, DC: OPS-OMS;2018. [Consultado 2019 noviembre 02]. Disponible en: https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Adolescencia una etapa fundamental. [en línea]. Nueva York: UNICEF;2002. [consultado 2018 septiembre 03] Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf.
3. Funes Díaz F., Gaete Pinto V. Conductas de riesgo en adolescentes con patología crónica compleja bajo un control en un policlínico de un hospital pediátrico de Santiago. Revista Médica Chile [en línea]. 2016; 144(734). [consultado 2019 de noviembre 02]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art07.pdf
4. Salas F. Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. Revista ABRA [en línea]. 2018; 38(4). [consultado 2019 de noviembre 02]. Disponible en: https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/10497
5. Consejo consultivo de UNICEF México. La agenda de la infancia y la adolescencia 2012-2018. [Internet]. México: UNICEF;2018. [Consultado 2018 de septiembre 09] Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/10xinfanciatecnico.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en una segunda década. [en línea]. Suiza: OMS;2014 [Consultado 2019 noviembre 02]. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1
7. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol. [en línea]. México: INPRFM;2017. [Consultado 2019 de enero 29]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMlKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
8. Vivo S., Sarič D., Muñoz R. McCoy S., López Peña P., Bautista Arredondo S. Guía para

medir comportamientos de riesgo en adolescente. [en línea]. República de Corea-Finlandia: Banco Interamericano de Desarrollo (BID);2013 [Consultado 2018 de septiembre 22]. Disponible en: http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4250/Gu%c3%ada%20para%20medir%20comportamientos%20de%20riesgo%20en%20j%c3%b3venes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Nivel Socio económico 2018. Nota metodológica. [en línea]. México: AMAI;2017 [Consultado 2018 de septiembre 22] Disponible en: http://www.amai.org/nse/wp-content/uploads/2018/04/Nota-Metodolo%CC%81gico-NSE-2018-v3.pdf
10. Reddy Jacobs C., Téllez Rojo MM., Meneses González F., Campuzano Rincón J., Hernández Ávila M. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. Revista Salud Pública México [en línea]. 2006; 48(1). [consultado 2019 de febrero 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s1/a10v48s1.pdf
11. Gutiérrez JP., García Saisó S., Espinosade la Peña R., Balandrán DA. Desigualdad en indicadores de comportamientos de riesgo en adolescentes en México: análisis de dos encuestas de salud. Revista Salud Pública México [en línea]. 2016; 58(6). [Consultado 2019 de febrero 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v58n6/0036-3634-spm-58-06-00657.pdf
12. Trejo Ortiz PM., Moreno Chávez PC., Macias Aguilar M., Valdez Esparza G., Mollinedo Montaño FE., Lugo Balderas LG., Araujo Espino R. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área académica Ciencias de la salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Revista Cubana de Enfermería. [en línea]. 2011; 27(4) [Consultado 2019 de febrero 15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf05411.pdf
13. Villatoro Velázquez JA., et al. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Revista Salud Mental. [en línea]. 2016; 39(4). [Consultado 2019 de febrero 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n4/0185-3325-sm-39-04-00193.pdf
14. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. [en línea]. México: INPRFM;2015. [Consultado 2019 de febrero 15]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf
15. Comisión nacional de derechos humanos. Informe especial Adolescentes: Vulnerabilidad y violencia. [en línea]. México: CNDH-CIESAS;2017. [Consultado 2019 de marzo 17]. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Informe_adolescentes_20170118.pdf

ARTÍCULO ORIGINAL

Estilo de vida en personas con diabetes tipo 2 de "la huerta del estado" de Yucatán

Lifestyle in people with type 2 diabetes from "the state garden" of Yucatán

Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar[1], Saydi Paloma Santoyo Fuentes[1], Julia Alejandra Candila Celis[1], Maricruz Ortegón Uicab[2]; María Fernanda Tovar Cetina[1], Alexa Gabriela Castillo Pacheco[3]

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estilo de vida (EV) en personas con diabetes tipo 2 (DT2) de la "la huerta del estado" de Yucatán. **Materiales y método:** Estudio descriptivo, transversal, observacional de 74 personas que viven con DT2, mediante muestreo estratificado de cada uno de los sectores con los que trabaja el hospital de la localidad. Se aplicó el cuestionario IMEVID, integrado de 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, con α de Cronbach para la calificación total de 0.81 **Resultados:** Los grupos de edad más representados fueron entre 45 y 64 con 48 (64.9%) personas; de ellas 69 (93.2%) son mujeres; con pareja 52 (70.3%); la ocupación más frecuente fue ama de casa 62 (83.8%); por último, 54 (73%) personas encuestadas afirmaron que la institución empleada para el cuidado a su salud es el IMSS Bienestar, y 62 (83.8%) tienen obesidad al presentar >25 de IMC. Para la variable EV se obtuvo un Min=44, Max=92, Med=73.27 y DE=9.55. Del total de los encuestados 54 (73%) se encuentran entre 60 a 80 puntos, con un EV poco favorable. **Discusión:** Explorar variables sociodemográficas y EV en DT2 es de suma importancia, para desarrollarlos de modo favorables para el control de la enfermedad. **Conclusiones:** Estudios como el presente, son indispensables para intervenciones en personas, cuya realidad de vida, no le permite ser autoeficaz en el manejo de la enfermedad.

Palabras clave: Diabetes Tipo 2, Estilo de vida, Estilo de vida favorable.

ABSTRACT

Objective: to analyze lifestyle (EV) in people with type 2 diabetes (T2D) from "the state garden" of Yucatan. **Materials and method:** Descriptive, cross-sectional, observational study of 74 people living with T2D with stratified sampling of each of the sectors with which the local hospital works. The validated IMEVID composed of 25 items, grouped into seven domains: nutrition, physical activity, tobacco consumption, alcohol consumption, information about diabetes, emotions and adherence therapy. **Results:** The most represented age groups were between 45 and 64 with 48 (64.9%) people; of these, 69 (93.2%) are women; with partner 52 (70.3%); the most frequent occupation was housewife 62 (83.8%); Finally, 54 (73%) respondents affirmed that the institution used for their health care is the IMSS-Welfare, and 62 (83.8%) have obesity when presenting> 25 of BMI. For the variable EV a Min=44, Max=92, Med=73.27 and DE=9.55 were obtained. Of the total of respondents 54 (73%) are between 60 to 80 points, with and poor EV. **Discussion:** Exploring sociodemographic variables and EV in T2D is very important, to develop them in a favorable way for the control of the disease. **Conclusions:** Research studies like the present, are essential to interventions in people, whose reality of life, does not allow you to be self-effective in the management of the disease.

Keywords: Type 2 diabetes, Lifestyle, Favorable lifestyle.

[1]Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.
[2]Medical Care & Research. Yucatán, México.
[3]Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Rural No. 39 IMSS. Yucatán, México.

Recibido: 4 de julio de 2019.
Aceptado: 21 de agosto de 2019.

Correspondencia para el autor: Saydi Paloma Santoyo Fuentes. Calle 90 S/N x 59 y 59ª contiguo al Hospital O' Horán. 178 C.P. 97000, Mérida, Yucatán, México. paloma.santoyo@correo.uady.mx

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema de salud pública, reconocida por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) como uno de los cuatro tipos predominantes de enfermedades crónica no transmisibles (ECNT) para intervenir con carácter prioritario debido al aumento en el número de casos y la prevalencia de la enfermedad.[1] A nivel mundial aproximadamente 451 millones de personas entre 18 y 99 años de edad padecieron diabetes entre los años 2015 y 2016, con esta tendencia se espera que para el 2045, presentarán dicha enfermedad 693 millones de personas del mismo rango de edad, asimismo se calcula que más de un tercio de estos casos son el resultado del crecimiento y envejecimiento de la población [2].

Durante 2017, en México se registraron 106,525 defunciones por diabetes, ocupando el segundo lugar entre las enfermedades que concentraron el mayor número de muertes, le antecedieron las enfermedades del corazón, también consideradas como enfermedad no transmisible. [3] En el mismo año, en Yucatán esta afección también ocupó el segundo lugar de mortalidad con un total de 1, 588 defunciones. [4]

Entre las 20 principales causas de morbilidad presentadas por la población mexicana en 2017 se identificó a la diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II) ocupando el onceavo lugar, por otro lado, le antecede en el octavo lugar la obesidad, la cual es considerada un factor de riesgo que requiere atención para esta enfermedad crónica.[5]

La diabetes tipo 2 (DT2) es la forma más común de diabetes, las personas adultas mayores la padecen normalmente, pero cada vez es más frecuente en la infancia, adolescencia y adultez joven debido a la vinculación con factores ambientales que incrementan el riesgo de presentarla, como consecuencia del aumento de niveles de obesidad, sedentarismo y deficiencia en la dieta.[2] Esta enfermedad presenta un componente altamente genético y a la vez se considera una entidad heterogénea con tres defectos metabólicos establecidos: resistencia a la insulina, defectuosa secreción de la insulina por el páncreas e incremento en la producción hepática de glucosa [6].

Las consecuencias y tratamientos de las enfermedades crónicas, como la diabetes requieren de cambios trascendentales en el estilo de vida (EV) de las personas que la padecen ya que comprometen las habilidades afectivas, conductuales, sociales y del pensamiento al experimentar reacciones emocionales a situaciones adversas en su vida, tales como la pérdida relacionada con la salud o la autonomía. [7]

En diversas disciplinas como la sociología, psicología, antropología médica y la epidemiología se ha considerado los estilos de vida como objeto de estudio; ya que ha sido una preocupación tanto para el ámbito académico, como para los formuladores de políticas públicas en salud. Álvarez afirma que las investigaciones sobre estilos de vida

se circunscriben principalmente a las enfermedades crónicas no trasmisibles más prevalentes como obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, síndrome metabólico, y enfermedad cardiovascular. [8]

Según la OMS, estilo de vida se define como: "una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales". [9]

El estilo de vida comprende tanto actitudes como valores expresados en la conducta o comportamiento de la persona en diversas áreas: alimentación, actividad física, consumo de alcohol o tabaco, manejo de las emociones y sexualidad, así como los ámbitos social, físico, cultural y económico, por lo tanto, la salud puede verse afectada por el estilo y condiciones de vida. [10] El objetivo del estudio es analizar el estilo de vida en personas con diabetes tipo 2 de "la huerta del estado" de Yucatán.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, observacional. Se realizó un muestreo estratificado de cada uno de los sectores con los que trabaja el hospital de la localidad de la zona citrícola con la que se trabajó y se tuvo acceso a una lista de personas que viven con DT2; se incluyeron personas sin importar género, institución de salud a la que acuden o edad; la fase de recolección inició con mapeo, localización de las personas, invitación y firma de consentimiento informado. Dentro de las variables sociodemográficas se reportan: edad, género, estado civil, ocupación, sistema de atención de la salud; como variable clínica se recolectó talla y peso para el índice de masa corporal (IMC) y se analizó según la NOM-043-SSA2-2012 (Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria) y NOM-008-SSA3-2017, (Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad).

Para la medición de la variable de estudio se les aplicó el cuestionario IMEVID ya validado para población mexicana, el cual evalúa el estilo de vida de pacientes con DT2, y consta de 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, cada ítem presenta tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2 y 4, donde 4 corresponde al valor máximo deseable en cada respuesta, para una puntuación total de 0 a 100; en él, las puntuaciones menores de 60 se consideran como desfavorable; de 60 a 80, poco favorable; y mayores de 80, favorable para el desarrollo de un estilo de vida saludable. El α de Cronbach para la calificación total del instrumento es de 0.81 El análisis de los datos se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS para Windows, aplicando frecuencias y porcentajes para las variables

categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Se trabajó con 74 personas que viven con DT2 de la "huerta" del estado de Yucatán., México, cuyas edades oscilaron Min= 29, Max= 83, con una Media de 55.59 y DE= 10.92. Los grupos de edad más representados fueron entre 45 y 64 con 48 personas, que representan el 64.9% (ver tabla 1).

Tabla 1.
Frecuencia y porcentaje de edad de las personas encuestadas en la "huerta" del estado de Yucatán.

Grupo de edad	*Frecuencia*	*Porcentaje*
25-29	1	1.4
35-39	4	5.4
40-44	7	9.5
45-49	10	13.5
50-54	13	17.6
55-59	12	16.2
60-64	13	17.6
65-69	7	9.5
70-74	4	5.4
80-84	3	4.1

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

Respecto al género 69 son mujeres, lo que representa un 93.2% (ver tabla 2).

Tabla 2.
Frecuencia y porcentaje de sexo de las personas encuestadas en la "huerta" del estado de Yucatán.

Sexo	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Femenino	69	93.2
Masculino	5	6.8

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

En lo que al estado civil se refiere, el rubro más representado fue el de vivir con pareja donde 52 personas, que representan el 70.3%; o están casados o viven en unión libre (ver tabla 3).

Tabla 3.
Frecuencia y porcentaje del estado civil de las personas encuestadas en la "huerta" del estado de Yucatán.

Estado civil	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Soltero	3	4.1
Casado	46	62.2
Viudo	15	20.3
Divorciado	3	4.1
Unión libre	6	8.1
Separado	1	1.4

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

La tabla 4 menciona que la ocupación más frecuente fue ama de casa con 62 personas que representan el 83.8%.

Tabla 4.
Frecuencia y porcentaje de la ocupación de las personas encuestadas en la "huerta" del estado de Yucatán

Ocupación	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Ama de casa	62	83.8
Empleado	9	12.2
Incapacitado	1	1.4
Partera	1	1.4
Al campo	1	1.4

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

Por último, en este grupo de variables, se les preguntó si su institución que emplean para el cuidado a su salud es el IMSS Bienestar y 54 personas encuestadas (73%) dijeron que sí, (ver tabla 5).

Tabla 5.
Frecuencia y porcentaje del servicio de salida IMSS Bienestar de las personas encuestadas en la "huerta" del estado de Yucatán.

IMSS Bienestar	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Sí	54	73.0
No	20	27.0

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

Respecto a las variables clínicas se encontró para el IMC Min= 18.40, Máx= 43.40, mediana= 29.62, DE= 5.31, y se analizó según la NOM-043-SSA2-2012 (Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria) y NOM-008-SSA3-2017, (Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad), en específico para adultos de estatura baja, dado que la talla osciló entre 130 y 160 cm, se obtuvo que 62 (83.8%) tienen obesidad al presentar >25 de IMC. Ver tabla 6.

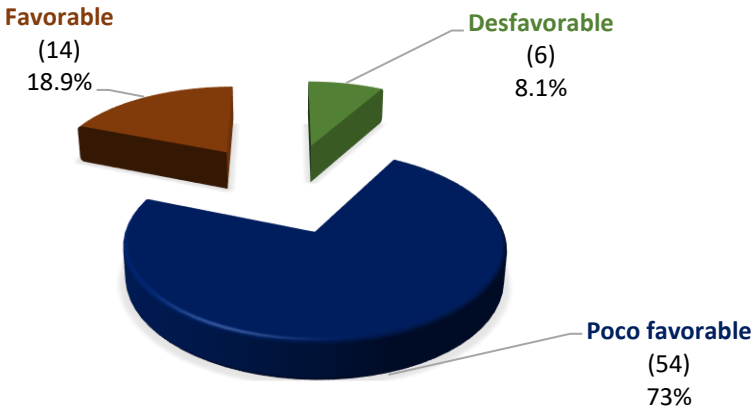
Tabla 6.
Frecuencia y porcentaje del IMC de las personas encuestadas en la "huerta" del estado de Yucatán.

IMC	*Frecuencia*	*Porcentaje*
<20 Bajo Peso	1	1.4
20-22 Normal	5	6.8
23-25 Sobrepeso	6	8.1
>25 Obesidad	62	83.8

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

Finalmente, para la medición de la variable estilo de vida se les aplicó el cuestionario IMEVID y se obtuvo un Min= 44, Max= 92, Med= 73.27 y DE= 9.55. Del total de los encuestados 54 (73%) se encuentran entre 60 a 80 puntos, lo que los ubica con un EV poco favorable, y solo 14 (18.9%), resultaron con EV favorable. Ver figura 1.

Figura 1.
Frecuencia y porcentaje de estilo de vida de los encuestados



En relación a los resultados obtenidos por cada una de las dimensiones, se observa que la puntuación más alta es para la dimensión tabaco, es decir que el 100% de la muestra estudiada no fuma; la dimensión peor calificada fue la actividad física con una media de 52.03 puntos, por lo tanto, la persona con diabetes es menos adherente a realizar ejercicio o alguna actividad física que le ayude a controlar su glicemia. Ver tabla 7.

Tabla 7.
Distribución de medidas de tendencia central y dispersión de la escala IMEVID por dimensiones.

	Nutrición	***Actividad física***	***Tabaco***	***Alcohol***	***Información sobre diabetes***	***Emociones***	***Adherencia***
Media	70.57	52.03	100.00	91.89	80.07	62.39	77.36
Mediana	72.22	50.00	100.00	100.00	100.00	66.67	87.50
Desviación estándar	13.12	26.01	0	21.94	26.49	30.73	23.10
Varianza	172.27	676.96	0	481.30	701.71	944.15	533.71
Mínimo	33.33	0	100.00	0	0	0	0
Máximo	94.44	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Instrumento de estudio, 2017

DISCUSIÓN

En los participantes del estudio se encontró que el grupo de edad más representativo fue entre 45 y 64 años con un total de 48 (64.9%) personas, esto coincide con lo presentado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, donde se reportó que la edad en la que se diagnostica diabetes a las personas es de 49 años y se presentó un incremento en 39.6% en los adultos de 40 a 59 años.[11] Así que, estar en edad productiva, unos cinco o seis años previos, con certeza cursarían los pobladores de la "huerta del estado" con un escenario muy complicado si no se realizan las modificaciones pertinentes de hábitos y conductas.

Se ha estudiado que el cambio en el estilo de vida y el medio ambiente en personas con esta patología, pueden ser considerados como factores responsables de un mejor control de la enfermedad; de la misma manera se ha encontrado que las condiciones socioeconómicas y culturales favorecen en la misma. De la misma manera se ha considerado que el apoyo familiar y de pareja favorecen los cambios de estilo de vida a uno más saludable y con mayor control de la enfermedad[12], por eso se considera favorable el hecho de que 52 (70.3%) vive con pareja, es decir, que esta buena red de apoyo familiar, favorece a una mejora en la salud del paciente.

En 2016 se registraron un total de 464, 171 beneficiarios del IMSS-Bienestar, de ellas 422, 545 en el ámbito rural.[13] De acuerdo a estadísticas de la INEGI, se registró una población de 11, 132, 562 hablantes de lenguas indígenas en el país, esto con injerencia en del proceso de desculturación y transculturación que se han apuntalado en las zonas indígenas; además, como es de

saber, los profesionales del área de la salud son rotados a diferentes partes del país, lo que provoca choque cultural entre personal de la salud.[14] Este, es el escenario de 54 personas encuestadas (73%) que dijeron consultar en esta institución local

Por ello, si se considera a la cultura como un marco global de la sociedad en las que se incluye las percepciones de la realidad, costumbres y comportamientos, se comprende que al afectarse la percepción por los procesos de trasculturalidad, se provoca una pérdida de los valores y costumbres de los pueblos indígenas. Los procesos de marginación, pobreza e identidad indígena han dificultado la comprensión y la acción de los procesos de salud, lo que provoca que el profesional de la salud no mire, toque, interrogue y vaya más allá de lo que puede físicamente ver; y, por el contrario, los pacientes al no sentirse entendidos y con cierto grado de intimidación, deciden no regresar a su institución de salud. Es común escuchar frases discriminatorias y agresivas por parte del personal de salud manifestando prejuicios hacia la población indígena considerándolos como "sucios", "sin educación", "analfabetas" etc.[14]

Otra de las razones por las que las personas no se atienden, es por la concepción cultural de que "el hombre trabaja y la mujer se queda en la casa",[14] en este caso, y en el contexto del estudio, las mujeres fueron las que presentaron una mayor asistencia a la institución de salud, por lo que la ocupación más frecuentemente referida fue ama de casa en 62 personas encuestadas, (83.8%); sin que esto signifique o se traduzca como un mejor control de la enfermedad.

El IMSS Bienestar brinda atención médica y medicamentos a más de 13 millones de personas de comunidades rurales e indígenas sin seguridad social en el país. Este programa cuenta con un total de 4 mil 086 unidades médicas de las cuales 80 son hospitales rurales de segundo nivel y 3 mil 618 Unidades Médicas Rurales. Además, cuenta con 70 albergues comunitarios en donde se alojan a familiares de pacientes de escasos recursos.[15] Parte de los servicios y acciones otorgadas por el IMSS-Bienestar en las unidades médicas de primer nivel, se encuentra la prevención y control de enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.[15] En el caso de los pacientes encuestados, se les preguntó si la institución que emplean para el cuidado de su salud es el IMSS-Bienestar, y 54 (73%) de los interrogados contestaron que sí; esto es evidencia de que el IMSS-Bienestar cubre gran parte de la seguridad social se los habitantes de esta localidad; cabe mencionar que en esta comunidad solo se cuenta con dos instituciones de salud siendo IMSS-Bienestar e ISSSTE.

En el caso de las variables clínicas se midió IMC, el cual se procedió a analizar los datos según las NOM-008-SSA3-2017, (Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad) y NOM-043-SSA2-2012, en específico para adultos de estatura baja (Apéndice Normativo C), esto ya que la población analizada osciló entre 130cm y 160cm y de acuerdo a esta norma los valores se modifican de manera significativa en

cuanto a los resultados; los valores considerados como normales están estandarizados para una población con una estatura mayor de 150 cm en mujeres y 160 cm en hombres, en el caso de Yucatán, la población suele ser de estatura promedio menor, por ello se procedió a la utilización de dicha especificación[16] con esta referencia de cálculo, y a pesar del ajuste, como se había mencionado en otro contexto, se obtuvieron 62 (83.8%) personas con obesidad al presentar >25 de IMC.

Por otro lado, para consolidar el avance en salud deben centrarse en continuar con el desarrollo efectivo de importantes ajustes conceptuales, culturales, sociales, calidad en la atención entre otros.[17] Si además se trata del cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas el reto es todavía uno de los más importantes a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud, ya que la atención a estos pacientes no solo implica la coordinación de distintos servicios (atención ambulatoria, atención hospitalaria, servicios sociales), sino también la corresponsabilidad de la persona para lograr el control efectivo de la diabetes mellitus, lo que influye en mejorar su calidad de vida y evitar el deterioro o la descompensación de su enfermedad, y las subsiguientes hospitalizaciones.[18]

La modificación del estilo de vida es la más efectiva estrategia de prevención, pero es un recurso que de manera intensiva no es universalmente sostenible, pero no es una imposición marcada por quien está del lado del servidor en salud, sino, a decir de Galindo, enfermera educadora en diabetes, "se trata de acompañar a la persona a fin de que ésta, de forma voluntaria, cambie su comportamiento y esté dispuesta a adquirir nuevas competencias, habilidades y actitudes para dirigir su tratamiento con una óptima calidad de vida".[19] En este grupo de personas estudiadas en particular, ya es una urgencia, ya que del total de los encuestados 54 (73%) se encuentran entre 60 a 80 puntos, lo que los ubica con un estilo de vida poco favorable, y solo 14 (18.9%), resultaron con estilo de vida favorable.

Finalmente es importante resaltar los resultados por cada una de las dimensiones, ya que se observa que la puntuación más alta es para la dimensión tabaco, es decir que el 100% de la muestra estudiada no fuma; la dimensión peor calificada fue la actividad física con una media de 52.03 puntos, por lo tanto, la persona con diabetes es menos adherente a realizar ejercicio o alguna actividad física que le ayude a controlar su glicemia, cando justamente éste es uno de los tres pilares para el control de la DT2, a saber, activación física, hasta lograr la práctica rutinaria de ejercicio; adecuación nutricional y apego a la terapéutica.[20]

CONCLUSIONES

Con lo antes mencionado en la discusión queda claro que estudios como este, donde se permita recabar información suficiente para determinar el estado de variables

relevantes como estilo de vida favorables para el control de ECNT como DT2, son indispensables para la obtención de datos que ayuden a orientar la realización de intervención casi personalizada para un grupo de personas, cuya realidad de vida, no permite ser un adecuado manejo de su enfermedad, aún no han logrado hacer amigable su diabetes, en virtud de que el estilo de vida de una persona que vive con DT2, y está controlada, es hoy por hoy, el estilo de vida más sano.

En este caso en concreto, sería conveniente la conformación de grupos cuyo propósito sea la activación física como parte de su estilo sano de vivir con su diabetes y con ello aproximarse de modo sostenido a su control.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [consultado 2019 febrero 27]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1
2. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID. 8ª. ed. [Internet]. Bruselas: IDF; 2017. [consultado 2019 febrero 28]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales causas de mortalidad. [Internet]. México. 2017; [consultado 2019 marzo 4]. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/programas/mortalidad/default.html#Tabulados
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Conjunto de datos: Mortalidad general. [Internet]. México. 2017; [consultado 2019 marzo 4]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
5. Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Veinte principales causas de enfermedad nacional. [Internet]. México. 2017; [consultado 2019 marzo 4]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/principales/nacional/grupo_edad.pdf
6. Escalante J.M. Control total de la diabetes para el médico tratante. México: Federación Mexicana de Diabetes- Intersistemas editores; 2002.
7. Oblitas, L. Psicología de la salud y calidad de vida. 3era. ed. México: Cengage Learning; 2010
8. Álvarez L.S. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. [en línea]. 2012; 30(1) pp: 95-101. [consultado 2019 marzo 05]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100011&lng=es.
9. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. [Internet]. Ginebra: OMS; 1998. [consultado 2019 marzo 5]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf
10. Guerrero Montoya LR. y León Salazar AR. Estilo de vida y salud. Educere [en línea]. 2010; 14(48) pp: 13-19. [consultado 2019 marzo 5]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002
11. Rojas-Martínez R., Basto-Abreu A., Aguilar-Salinas C. A., Zárate-Rojas E., Villalpando S., Barrientos-Gutiérrez T., Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Pública de México [en línea]. 2018; 60(3) pp: 224-232. [consultado 2019 marzo 10]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653403004
12. Kolb H y Martin S. Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention

of type 2 diabetes. BMC Medicine [en línea]. 2017; 15(131) pp:1-11. [consultado 2019 marzo 20]. Disponible en: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-017-0901-x

13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Padrón de beneficiarios del IMSS-PROSPERA 2016 [Internet]. México. 2017; [consultado 2019 marzo 26]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/imss-prospera/beneficiarios2016
14. Secretaría de Salud. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud [Internet]. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2014. [consultado 2019 marzo 28] http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf
15. Comunicación Social. IMSS-BIENESTAR [Internet]. México. 2019; [Consultado 2019 mayo 27] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134
16. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. [Internet]. México. 2019; [consultado 2019 abril 3] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
17. Juan M., Moguel Ancheita A., Valdés Olmedo C., González Pier E., Martínez González G., Barraza Llorens M. et. Al. Universalidad de los servicios de salud en México. Salud pública Méx [en línea]. 2013 [consultado 2019 septiembre 04]; 55. pp:1-64. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es.
18. Secretaría de Salud. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud [Internet]. México: Dirección general de evaluación del desempeño; 2016. [consultado 2019 septiembre 02]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf.
19. Ortega Ríos F.J. Importancia de los cambios de estilo de vida en pacientes con diabetes tipo 2. Diabetes práctica Actualización y habilidades en Atención Primaria. Estilo de vida. [en línea]. 2016; 7 (4) pp: 1-56. [consultado 2019 septiembre 03]. Disponible en: http://www.diabetespractica.com/files/1481274462.02_editorial_s7-4.pdf
20. Pérez Rodríguez A. y Berenguer Gouarnaluses M. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. MEDISAN [en línea]. 2015; 19 (3) pp: 375-390. [consultado 2019 abril 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300011&lng=es

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudiantes de enfermería: valores y creencias en el consumo de alcohol y tabaco.

Nursing students: Values and beliefs in alcohol and tobacco consumption

Laura Dioné Ortiz Gomez[1], Lucy Minelva Oxté Oxté, Ligia María Rosado Alcocer[1], Dallany Trinidad Tun González[1], Raquel de los Ángeles Cámara Herrera[1]

RESUMEN

Objetivo: Identificar los valores y creencias que influyen en el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de licenciatura en Enfermería. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal, analítico, con 80 estudiantes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado doble, con un nivel de confianza del 95%. **Resultado:** La prevalencia global del consumo de alcohol o tabaco alguna vez en la vida fue de 76.2% y 65%, respectivamente. Las creencias beber es emocionante (OR 7.2, IC95% 1.81-28.94), y los eventos son más divertidos cuando hay alcohol (OR 5.6 IC95% 1.11-28.34), predicen el consumo alguna vez en la vida y en el último año (OR 1.78 IC95% 1.005-3.15). Para el consumo de tabaco alguna vez en la vida, la creencia que predice el consumo fue el sentimiento de tranquilidad (OR 2.20 IC95% 1.045-4.63). Los valores tener libertad, una vida excitante y curiosidad, resultaron predictores del consumo de alcohol. **Conclusiones:** Se encontró una alta prevalencia de consumo de alcohol entre la población estudiada, pese a que sobresalen las creencias negativas por encima de la positivas. Esta puede ser fomentada por los valores que representan emoción, curiosidad, retos, libertad pese a las creencias de causar daño ya sea a personas allegadas a uno mismo.

Palabras clave: Consumo de Alcohol en la Universidad, Estudiantes de Enfermería, Uso de Tabaco.

ABSTRACT

Objective: To identify the values and beliefs that influence the consumption of alcohol and tobacco in nursing students. **Material and Method:** Quantitative, cross-sectional, analytical study, with 80 students selected by double stratified sampling, with a 95% confidence level. **Result:** The overall prevalence of alcohol or tobacco consumption at some time in life was 76.2% and 65%, respectively. Drinking beliefs are exciting (OR 7.2, 95% CI 1.81-28.94), and events are more fun when there is alcohol (OR 5.6 IC95% 1.11-28.34), they predict consumption sometime in life and in the last year (OR 1.78 95% CI 1.005-3.15). For the consumption of tobacco sometime in life, the belief that predicts consumption was the feeling of tranquility (OR 2.20 IC95% 1.045-4.63). The values have freedom, an exciting life and curiosity, were predictors of alcohol consumption. **Conclusions:** A high prevalence of alcohol consumption was found among the studied population, although negative beliefs stand out above the positive ones. This can be fostered by values that represent emotion, curiosity, challenges, freedom while beliefs of causing harm to either close people or oneself.

Keywords: Alcohol Drinking in College; Students Nursing; Tobacco Use

[1]Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 5 de noviembre de 2019.
Aceptado: 28 de mayo de 2020.

Correspondencia para el autor: Laura Dioné Ortiz Gómez. Calle 90 S/N x 59 y 59ª contiguo al Hospital O' Horán. 178 C.P. 97000, Mérida, Yucatán, México. laura.ortiz@correo.uady.mx

INTRODUCCIÓN

El alcohol y el tabaco como drogas lícitas representan una gran carga para los sistemas de salud. Su uso es alarmante en el caso de la región de las américas, donde el consumo total per cápita es superior al promedio mundial[1]. Por lo tanto, dicha situación requiere tomar acciones que disminuyan los casos y los efectos que conlleva.

El Informe sobre la situación del Consumo de Drogas en México 2019, reporta un aumento significativo en el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, con base en el último reporte realizado en 2011, el rango de edad con mayor incremento comprende los 18 y 34 años, en el caso de los hombres y en mujeres este aumento se observa en edades más tempranas (12-17 años)[2].

En su informe 2016 la Secretaría de Salud del país indicó que el 63 por ciento de la población consumidora de alcohol, eran adolescentes y jóvenes de entre 12 y 24 años cuyos motivos para el consumo fueron por curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%)[3].

El consumo de tabaco continúa como la principal causa de muerte evitable en el mundo y se incrementa cada vez más la lista de afecciones ocasionadas por su consumo. Actualmente se sabe que el tabaco contribuye a enfermedades como cataratas, neumonía, leucemia mieloide aguda, aneurisma de la aorta abdominal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades [4].

La conducta de un individuo puede responder a patrones culturales que influyen en su comportamiento, tales conductas responden a diferentes factores que están en juego con respecto a la salud mental y depende de las condiciones en las que se desenvuelve la persona en términos laborales, los lazos sociales, afectivos y en general, al desarrollo de su personalidad y medio ambiente donde vive y se desempeña[5].

En este sentido, cobra relevancia el término de valores, el cual ha sido definido como las "creencias que posee la persona sobre el estado final o conductas deseables, guían la selección y evaluación de las situaciones, sucesos, acontecimientos sociales y personales [6].

La población estudiantil joven está inmersa en un proceso de adaptación a nivel personal e interpersonal, lo cual puede afectar en el desempeño académico y producir conductas de riesgo. Entre estas conductas de riesgo se encuentra el abuso de sustancias psicoactivas, que actualmente han alcanzado proporciones alarmantes y constituyen globalmente una carga sanitaria y social significativa por lo que ahora ya es uno de los problemas actuales de salud pública, que en gran medida son prevenibles[7].

El uso y el abuso de drogas entre los estudiantes universitarios son indicadores de riesgo para el desarrollo de dependencia, lesiones físicas, actos ilegales, bajo

rendimiento académico, conducta sexual de riesgo y altos costos para el resto de la comunidad; la presencia de sintomatología depresiva elevada es un elemento que podría potenciar el riesgo[8].

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el estudio con un diseño descriptivo, correlacional, transversal; la muestra fue constituida por adultos mayores El estudio se realizó con estudiantes de pregrado en la disciplina de enfermería del campus de ciencias de la salud (n 293) y unidad multidisciplinaria Tizimín (n = 109), localizada al oriente y noroeste del estado de Yucatán, se consideró un enfoque cuantitativo y diseño transversal de corte analítico. Se seleccionó una muestra n 80 estudiantes mediante la técnica de muestreo probabilístico estratificado doble con un nivel de confianza del 95%, de acuerdo con las variables: adscripción (Mérida – Tizimín) y sexo del estudiante. Para ello, se incluyeron estudiantes regulares inscritos de primero a octavo semestre, mayores de 18 años de edad, quienes aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Fueron excluidos aquellos estudiantes en servicio social o que poseían expedientes incompletos. La información se recolectó mediante una batería de instrumentos en un salón destinado para el llenado anónimo de los mismos.

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes cuatro: el cuestionario de valores de Schwartz, la escala de balance decisional para el consumo de alcohol (EBDCA), el cuestionario de creencias sobre los efectos del tabaco (CCET) y la Cédula de datos personales/Prevalencia de consumo de drogas (CDPPD).

El cuestionario de valores de Schwartz consta de 56 ítems en escala Likert, cuya escala es nada importante (0), importante (1) y muy importante (3), el coeficiente de Alpha de Cronbach oscila entre 0.84 y 0.92 9. Este instrumento ha sido utilizado en adolescentes de población mexicana.

Respecto a la EBDCA posee 15 ítems constituida en el apartado de expectativas positivas del consumo (PROS) y expectativas negativas (CONTRAS), la escala de respuesta se encuentra en escala likert siendo de 1 (Muy en desacuerdo) al 4 (Muy de acuerdo), el coeficiente de Alpha de Cronbach es de .91 para la subescala de pros y de .84 para la subescala de contras10.

El CCET consta de 17 preguntas con cuatro opciones de respuesta que son: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), de acuerdo (3) y muy de acuerdo (4). La puntuación para la sub-escala de barreras (CONTRAS) comprende 9 preguntas con un puntaje mínimo de nueve y una puntuación máxima de 36, lo cual significa que, a mayor puntuación mayores son las percepciones de contras sobre el consumo de tabaco. En la sub-escala de beneficios (PROS) consta de 8 preguntas, la puntuación mínima es de ocho

y el máximo de 32 puntos, en donde a mayor puntuación obtenida mayores son los beneficios percibidos del consumo de tabaco11. El coeficiente de Alpha de Cronbach es de 0.876 para la sección de pros y 0.925 para las barreras. El cuestionario fue considerado un instrumento válido y confiable para aplicarlo en la población universitaria en México.

La cédula de datos personales consta de seis ítems correspondientes a edad, sexo, estado civil, hijos, grado escolar, semestre. Por su parte, la prevalencia del consumo de drogas, consta de ocho ítems relacionados con el tiempo de consumo del alcohol y tabaco alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días.

Y para describir la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol y tabaco de los estudiantes de enfermería se utilizó la cédula de datos generales.

Los datos obtenidos se procesaron en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se obtuvo estadísticas descriptivas, frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. Mediante la regresión logística binaria se utilizó para predecir el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes, empleando un nivel de significancia de 0.05, e IC al 95% para los OR obtenidos. Las pruebas se realizaron para cada una de las sustancias consumidas, alcohol y tabaco, considerando las prevalencias de consumo "alguna vez en la vida y en el último año", así como las creencias para el consumo (pros y contras), valores terminales e instrumentales.

Este estudio fue a probado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán con el registro 09/17; se invitó a los estudiantes a conocer la importancia del estudio, se explicó a los participantes el objetivo y metodología del estudio; finalmente se les entregó el consentimiento y posteriormente este fue firmado, como lo estipula el Capítulo I del artículo 13 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SS, 1987); se respetó la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los mismos, así como el anonimato de los participantes. Asimismo, se consideraron los lineamientos y principios establecidos por la Declaración de Helsinki II y con los principios éticos básicos declarados en el Belmont.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La muestra se conformó por 33.8% (27) de hombres y 66.3% (53) de mujeres, con edades que oscilaron entre 18 y 28 años, con una $\bar{x}$ de 20.59 σ 1.805, la variable edad presentó distribución normal(p=.1128).

A través de la cédula de datos sociodemográficos se identificó que los participantes inician el consumo de alcohol y tabaco en promedio a los 17.30 años; los hombres a los 16.8 y mujeres a los 17.1 años de edad.

Con respecto al consumo de drogas lícitas en un día típico, los estudiantes consumen máximo 10 copas de alcohol, ($\bar{x}$ de 1.94σ 2.457), y 3 cigarros al día, también como máximo, ($\bar{x}$ de 0.35 σ 0.713).

Prevalencias

En cuanto a las prevalencias, el 76.2% de los estudiantes ha consumido alcohol por lo menos alguna vez en su vida, el 65% en los últimos doce meses, el 42.5% en el último mes y el 21.2% en los últimos siete días.

Referente al consumo de tabaco, 40% ha consumido alguna vez en su vida, 23.8% ha fumado tabaco en el último año, 13.8% en el último mes y un 8.8% en los últimos siete días.

Valores y Creencias

En relación con los valores de la escala de Schwartz, el 85% de los estudiantes refirieron de mayor relevancia el contar con seguridad familiar, el tener un significado en la vida, la igualdad y elegir las decisiones propias, honrar a los padres y mayores, así como la confianza; a su vez, los valores instrumentales que consideraron como nada importante fueron el ser ambicioso e influyente.

En relación con los beneficios del consumo de alcohol los estudiantes indican estar "muy en desacuerdo" con las creencias que le otorgan ventajas o beneficios al consumo, tales como que el beber proporciona más valor a las personas (59%); brinda mayor seguridad de sí mismo (51%) y el que después de unas cuantas copas se habla mejor (48%). Respecto a las barreras del consumo opinaron estar "muy de acuerdo" en que se puede lastimar a alguien accidentalmente (60%), lastimar a las personas allegadas (56%) y que algunas personas pueden sentirse desilusionadas de quien toma mucho (54%).

En cuanto al consumo del tabaco, los estudiantes refirieron estar "muy en desacuerdo" respecto a los siguientes beneficios: hace que el momento sea rico y placentero (59%); ayuda a inspirarse para estudiar (60%) y ayuda a la digestión después de comer (62%). A su vez, opinaron estar "muy de acuerdo" respecto a las siguientes barreras o contras: provoca cáncer (75%); causa enfermedades pulmonares (74%); afecta el corazón y deja un mal sabor de boca (64%) respectivamente.

Análisis de regresión logística

Para identificar los valores y creencias que influyen en el consumo de alcohol y tabaco, se realizaron análisis de regresión logística entre los tipos de consumo con mayor prevalencia y mayor puntaje de frecuencias; a continuación, se presentan los siguientes modelos.

Modelo 1: Consumo de alcohol alguna vez en la vida y creencias

El resultado de la regresión entre la variable consumo de alcohol alguna vez en la vida y las creencias, reportó que las "beber es emocionante", fue la variable que logró predecir en este modelo el consumo de los estudiantes hasta 7 veces mayor (OR 7,243, p ,005).

Tabla 1
Consumo de alcohol alguna vez en la vida-Creencias (PROS) sobre el consumo de alcohol.

Variable	B	EE	W	GL	Sig.	OR	95% IC	
							In	Sp
Beber es emocionante	1,980	,707	7,846	1	,005	7,243	1,812	28,946
Sensación de felicidad	-1,044	,638	2,680	1	,102	,352	,101	1,229
Constante	-2,585	1,057	5,980	1	,014	,075		

Fuente: Escala de balance decisional para el consumo de alcohol (EBDCA), n=80.

Modelo 2: Consumo de alcohol en el último año y creencias.

Para este tipo de consumo, nuevamente la creencia "beber es emocionante" resultó una variable predictora, hasta 5 veces mayor, al igual que la creencia "Los eventos son más divertidos cuando hay alcohol". En ese modelo, jugó un papel importante la creencia "beber da más valor a las personas" (tabla 2).

Tabla 2
Consumo de alcohol en el último año-Creencias (PROS) sobre el consumo de alcohol.

Variable	B	EE	W	GL	Sig.	OR	95% IC	
							In	Sp
Beber es emocionante	1,621	,569	8,117	1	,004	5,061	1,659	15,440
Beber da más valor a las personas	-1,108	,564	3,858	1	,049	,330	,109	,998
Los eventos (fiestas) son más divertidos cuando hay alcohol	1,645	,587	7,862	1	,005	5,182	1,641	16,367
Constante	-2,939	,903	10,598	1	,001	,053	0	

Fuente: Escala de balance decisional para el consumo de alcohol (EBDCA), n=80.

Modelo 3: Consumo de alcohol alguna vez en la vida y en el último año con respecto a los valores terminales.

Al verificar la relación entre los dos tipos de consumo con los valores instrumentales, se encontró que el valor libertad, fue el que logró predecir el consumo de alcohol alguna vez en la vida 2 veces más (OR 2,063, p=,046). También se detectaron otros valores que en

su conjunto presentó el mejor modelo de regresión (tabla 3).

Tabla 3.

Consumo de alcohol alguna vez en la vida-Valores terminales.

Variable	B	EE	W	GL	SIG.	OR	95% IC	
							In	Sp
Una vez en la vida								
Libertad	,724	,362	3,991	1	,046	2,063	1,014	4,196
Una vida espiritual	-1,075	,355	9,183	1	,002	,341	,170	,684
Dar significado a mi vida	-1,350	,636	4,506	1	,034	,259	,075	,902
Constante	4,00	1,940	4,260	1	,039	54,857		

Fuente: Cuestionario de valores de Schwartz, n=80.

Modelo 4: Consumo de alcohol en el último año con respecto a los valores terminales.

Para este modelo, la variable que resultó predecir el consumo 2 veces más fue "una vida excitante" (OR 2,542, p=,010), acompañado de otros valores, que proporcionaron el mejor modelo.

Tabla 4.
Consumo de alcohol en el último año-Valores terminales.

Variable	B	EE	W	GL	SIG.	OR	95% IC	
							In	Sp
En el último año								
Una vida espiritual	-,734	,273	7,208	1	,007	,480	,281	,820
Una vida excitante	,933	,361	6,689	1	,010	2,542	1,254	5,155
Autorrespeto	-1,108	,553	4,012	1	,045	,330	,112	,976
Autoridad	-,549	,290	3,572	1	,059	,578	,327	1,021

Fuente: Cuestionario de valores de Schwartz, n=80

Modelo 5: Consumo de tabaco alguna vez en la vida y valores instrumentales.

Los modelos de consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año, mes o

semana, no resultaron significativos con los valores terminales.

Para el consumo alguna vez en la vida, el valor "sentirse más tranquilo", se muestra un incremento en la posibilidad del consumo 2 veces en el modelo (OR 2,202 p=,038).

Tabla 5.
Consumo de tabaco alguna vez en la vida y valores instrumentales

Variable	B	EE	W	GL	SIG.	OR	95% IC	
							In	Sp
Alguna vez en la vida								
Hace que la gente se sienta más adulta y segura de sí misma	-,716	,379	3,569	1	,059	,489	,233	1,027
Sentirse más tranquilo	,789	,380	4,310	1	,038	2,202	1,045	4,638
Hace que la gente se vuelva adicta	-,781	,377	4,289	1	,038	,458	,219	,959
Constante	1,961	1,384	2,007	1	,157	7,105		

Fuente: Cuestionario de valores de Schwartz, n=80.

DISCUSIÓN

Se identificó que los estudiantes inician el consumo de alcohol y tabaco en promedio a los 17 años de edad, por sexo 16.8 y 17.1 años en hombres y mujeres respectivamente, si bien esta diferencia no fue estadísticamente significativa, concuerda con los reportes con respecto a la edad de inicio referida en la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol y Tabaco (ENDOCAT) en 2016, misma que determinó en México un incremento significativo del consumo de drogas a cualquier edad con respecto al año 2011, en particular en el rango de 12-17 años tanto en hombres como en mujeres 6.6% y 6.1%, respectivamente[12].

Este resultado conlleva un riesgo, puesto que la literatura refiere que cuando las personas más jóvenes comienzan a consumir drogas, mayores son los riesgos para la salud y sus consecuencias[13], que en el caso del consumo de alcohol cuando este se genera a temprana edad, condiciona el desarrollo de un problema de salud pública, el alcoholismo[14].

Las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida, son similares a estudios reportados en otros países, con población universitaria; por ejemplo, en España el 92.4% de los estudiantes de 18 años reportó dicho consumo.[15]. Sin embargo, en el presente estudio las prevalencias de alcohol en la muestra fueron mayores en comparación con las referidas para el consumo del tabaco[16].

El porcentaje de estudiantes que refirieron no nunca haber consumido alcohol o tabaco, 23.8% y 60%, respectivamente, podrían estar

vinculados a la idea de ser modelos y educadores en salud, posición que permite impulsar estrategias de prevención y conocer los riesgos que implica para la salud personal y la de las personas a quienes otorgan cuidado[17].

Así mismo, se ha reportado que los estudiantes de enfermería también indican motivos que favorecen el consumo de alcohol, tales como disfrutar las fiestas y ser sociales, así como un medio para reducir el estrés o aliviar el enojo[18].

En este sentido, las creencias de índole negativa hacia el consumo de alcohol y tabaco fueron mayores que las actitudes positivas; contrario a lo referido en estudios que reportan que los estudiantes de enfermería visualizan el consumo de alcohol como algo normal, agradable y que relaja las tensiones del día a día[19]. Otros estudios afirman que la expectativa social de los adolescentes sobre los supuestos beneficios que tiene el consumo de alcohol y se refuerza el hecho de que el alcohol es un vehículo de socialización[20- 23].

En relación con los valores terminales el más destacado fue seguridad familiar el dar significado a la vida (ambos con el 86.3%) y finalmente el valor de igualdad, (85%).

Asimismo, referente a los valores instrumentales, el valor de elegir las propias metas el 85% lo consideró como muy importante; seguidamente el Ser capaz por un 81.2% y en el caso de los valores de la Honestidad y Responsabilidad el 80% lo refirió como muy importante. Este resultado puede ser explicado por el proceso de adaptación al que se enfrentan los estudiantes universitarios, por una parte, el desarrollo autonomía, gestión personal del tiempo y la adaptación a la vida universitaria, y por otro, la adopción de estrategias que posibiliten la formación de fundamentos éticos aplicados a la disciplina, pues a través de un sistema adecuado de valores, se garantiza un trato mejor a las personas usuarias de los servicios de los/las profesionales de salud [24].

Las creencias para el consumo de alcohol son similares a los reportados en población mexicana, destacando que los motivos de tipo social, demostraron ser predominantes, lo cual sugiere la imperiosa necesidad de desarrollar fuertes programas de promoción a la salud y prevención, ya que la formación académica de los profesionales del área de la salud, conlleva una fuerte carga de estrés y presión que pueden desencadenar estados de irritabilidad, ansiedad, etc., los cuales pueden fungir como elementos de entrada para el consumo de esta y otras drogas, y otorgar mayor importancia a las reuniones o convivencias sociales en las cuales, está presente el alcohol, probablemente[25, 26].

La predicción del consumo por parte de los valores terminales e instrumentales como la libertad y una vida excitante puede ser explicado por autores que refieren que, al crecer los adolescentes, existe mayor permisividad frente al consumo de alcohol y menor percepción de riesgo, ya que se debilitan las actitudes de oposición al consumo e incrementan la aceptación de la experimentación[27, 28].

Nuevamente, se hace referencia al proceso de socialización familiar; en el cual las personas se convierten en seres sociales, e interiorizando normas, valores y conductas que dan sentido social a las relaciones[29].

Por su parte, el consumo de tabaco alguna vez en la vida puede ser explicado por la creencia de que el fumar hace que la gente se sienta más tranquila, ya que, en el comienzo del consumo, otorga seguridad[30, 31].

Finalmente, como creencia en contra del consumo de tabaco se obtuvo el que ocasiona cáncer, lo que quizás pueda ser explicado, debido a la formación universitaria de los estudiantes y el área de formación y de ellos se espera sean modelos en su desarrollo profesional para otros estudiantes y para los pacientes que atienden. Un estudio en universitarios colombianos reporto que la enfermedad más asociada al hábito de fumar fue el cáncer de pulmón[32]. Compatiblemente lo reportado en adolescentes mexicanos donde un factor cognoscitivo protector contra la intención de fumar identificado en este estudio fue la creencia de las adolescentes en que el tabaco tiene propiedades adictivas[33].

CONCLUSIONES

Se encontró que los hombres inician a más temprana edad en el consumo de alcohol y tabaco; asimismo la edad promedio en que inician son los 17 años.

Tanto en el caso del alcohol y tabaco la prevalencia de consumo de alguna en la vida representó las mayores frecuencias.

Entre las principales barreras que reconocen los estudiantes respecto al consumo de alcohol es que puede lastimarse accidentalmente a alguien y en el caso del tabaco que esta causa cáncer.

La creencia de que beber es emocionante resultó un predictor hasta siete veces mayor en la prevalencia de alguna vez en la vida, en el último año fue predictor hasta cinco veces mayor.

Entre los valores, el que se identificó como un predictor de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue el de libertad y en la prevalencia de último año fue el valor de tener una vida excitante.

En el caso del consumo de tabaco alguna vez en la vida el valor de sentirse más tranquilo mostró un incremento en la probabilidad de consumo hasta dos veces más.

Los valores y las creencias acerca de las drogas pueden influir en el consumo de ellas, por ello se requiere el desarrollo e implementación de programas de salud preventivos que fortalezcan los valores positivos personales, así como como la identificación de factores de riesgo y consecuencias del consumo de drogas lícitas para su prevención.

DECLARATORIO DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del presente declaran no tener conflicto de interés para la publicación de esta obra. Se agradece al CAEC UANL-CA-167: Prevención de Adicciones de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

REFERENCIAS

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
2. Comisión Nacional Contra las Adicciones CONADIC. Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México. [Internet]. Ciudad de México; 2019: 7-89. Disponible en: ttps://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacio_n_de_las_drogas_en_Me_xico_pdf.
3. Aumenta el consumo de alcohol entre jóvenes. [Internet].2016. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes
4. Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and updating the evidence on the health consequences of cigarette smoking. [Internet]. 2014. Am J Epidemiol 179(4):403-12. [consultado 23 de octubre 2019]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24436362
5. Vargas PD. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Rev. salud pública [Internet]. 2001. [consultado 2018 Sep 28]; 3(1): 74-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000100006&lng=en.
6. Palacios Navarro, Santiago, Los valores humanos y la comprensión de la desobediencia civil. Revista de Psicodidáctica [Internet]. 1997; [consultado 23 de octubre de 2019] (3):113-131. Disponible en: http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/17517792009
7. Organización Mundial de la Salud OMS. El problema mundial de las drogas desde la perspectiva de la salud pública. [Internet]. 2017. Disponible en http://idpc.net/es/publications/2017/07/el-problema-mundial-de-las-drogas-desde-la-perspectiva-de-la-salud-publica.
8. González-González A, Juárez García F, Solís Torres C, González-Forteza C, Jiménez Tapia A, Medina-Mora ME, et al. Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Salud mental [Internet]. 2012; 35(1):51–55
9. Abella García V, Lezcano Barbero F, Casado Muñoz R. Evaluación de la jerarquía de los valores humanos de Schwartz en la adolescencia: diferencias de género e implicaciones educativas. Revista Brasileira de Educação. [Internet] 2017 [consultado 21 de octubre de 2019], 22(68).
    a. Disponible en: http:// http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782017000100123&script=sci_abstract&tlng=es
10. Flórez-Alarcón, L. Diferencias asociadas al género en los argumentos, las motivaciones y la autoeficacia ante el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Bogotá. Revista Peruana de Drogodependencias [Internet] 2003. [consultado 21 de octubre de 2019],1(1), 173- 192. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/305806851_Primer_numero_de_la_REVISTA_PERUANA_DE_DROGODEPENDENCIAS
11. García-García P; Vázquez-Galindo L; Hayashida M, Santos, MA. Prevalencia y creencias en relación al consumo de tabaco en población universitaria. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]. 2014, vol.10, n.3 [citado 2019-10-23], pp. 135-142. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=

sci_arttext&pid=S1806-69762014000300005&lng=pt&nrm=iso

12. Secretaría de Salud Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol, Tabaco 2016-2017. Ciudad de México [online] 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
13. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, Organización de los Estados Americanos OEA. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. [online] Washington, D.C; Junio 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/469575/Informe_sobre_el_consumo_de_drogas_en_las_Am_ricas2019.pdf
14. Betancourth-Zambrano S, Tacán-Bastidas L, Córdoba-Paz E. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. Revista Universidad y Salud [online] 2017. [citado 29 de octubre de 2019] 19(1), 37-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00037.pdf
15. Martínez Cóndor D, Martínez González F, Velázquez Miranda A. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de primero de Medicina de la Universidad del País Vasco. Revista Española de Drogodependencias [online] 2018. [citado 23 de septiembre de 2019] 43 (1):12-28. Disponible en https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6453627
16. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones SISVEA. Informe SISVEA 2016. [online]. Ciudad de México; Julio 2016: 11-98. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf
17. Rivas E, Rivas A, Bustos L. Valores expresados en estudiantes de enfermería: Temuco-Chile 2009. Ciencia y enfermería. [online]. 2011 [citado 15 de agosto de 2019]. 17(2):65–75. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art_08.pdf
18. Rodríguez-Ramírez JM, Esquivel Gámez M, Landeros Velasco V, Villalpando Luna S, Rodríguez Nava V. Motivos para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de licenciatura en Enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. [online]. 2018 [citado 11 de agosto de 2019] 26 (1): 41-45. Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181g.pdf
19. Guzmán Arteaga, Ramiro, Pacheco Lora, Martha Cecilia. Comunicación familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios. Zona Próxima [Internet]. 2014; [citado 11 de agosto de 2019] (20):79-91. Recuperado de:http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/85331022008
20. Ahumada-Cortez, Jesica Guadalupe, Gámez-Medina, Mario Enrique, Valdez-Montero, Carolina. El consumo de alcohol como problema de salud pública. Ra Ximhai [online]. 2017 [citado 20 de agosto de 2019];13(2):13-24. Recuperado de: http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/46154510001
21. Flórez-Alarcón L. Diferencias asociadas al género en los argumentos, las motivaciones y la autoeficacia ante el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Bogotá. Revista Peruana de Drogodependencias [online].2003 [citado 14 de octubre de 2019]: 1(1), 173- 192.
22. Londoño PC., García HW, Valencia LS & Vinaccia AS. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. Anales de Psicología. [Internet]; 2005. [consultado 2017 marzo 29] 2(21), 259-267. Disponible en http://www.um.es/analesps/v21/v21_2/07-21_2.pdf
23. Sánchez-Hernández CM, Pillon SC. Tabagismo entre universitários:

caracterização do uso na visão dos estudantes. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [online]. 2011 [citado 23 de agosto de 2019]; 19:730–737. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/10.pdf

24. Véliz Burgos A, Dörner Paris A, Gonzáles Sierra E, Ripoll Novales M. Perfil de valores de estudiantes de carreras de salud del sur de Chile. Horiz Med. [online]. 2017. [citado 25 de octubre de 2019]. 17(2): 48-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000200008
25. López Vásquez JA., Pacheco Hernández KP. Tenahua Quitl I. Torres Roldan AM. Prevalencia, motivos y tipos de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería. Nure Inv. [online]. 2017. [citado 18 de julio de 2019]. 14(87). Disponible en: https://docplayer.es/71821016-Original-nure-inv-14-87-prevalencia-motivos-y-tipos-de-consumo-de-alcohol-en-estudiantes-universitarios-de-enfermeria.html
26. Telumbre-Terrero J Y, Esparza-Almanza S E, Alonso-Castillo B A, Alonso-Castillo M T d J, Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. Enfermería Actual en Costa Rica. [online]. 2016. [citado 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44843206001.
27. Lorenzo M, Cajaleón B, Gutiérrez E. Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nutrición de una universidad de Lima-Perú. Revista Peruana de Epidemiología. [online]. 2012. [citado 4 de septiembre de 2017]. 16 (5): 01-05. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203125431011
28. Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. Decisional Balance Measure for Assessing and Predicting Smoking Status. Journal of Personality & Social Psychology [online]. 1985 [citado a de septiembre de 2019]. 48(5), 1279-1289. Disponible en: https://psycnet.apa.org/record/1985-23613-001
29. Castaño Pérez GA, García del Castillo JA, Marzo Campos JC. Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. Rev Cubana Salud Pública. [online]. 2014 [citado 6 de septiembre de 2019]; 40 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100006
30. Armendáriz García NA., Alonso Castillo MA. Alonso Castillo BA. López Cisneros MA., Rodríguez Puente LA. Méndez Ruiz MD. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Ciencia y enfermería [online]. 2014 [citado 6 de septiembre de 2019]. 20 (3): 109-118. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300010
31. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML. Redondo-Olmedilla M., Álvarez Nieto C. Jiménez Pulido I., Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gac Sanit. [online]. 2012 [citado 12 de septiembre de 2019];26 (1):51–57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100009
32. Calleja N, Aguilar J. Por qué fuman las adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. Adicciones. [online] 2008. [citado 25 de septiembre de 2019]. 20(4):387-94. Disponible en: http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/262
33. Hernandez J, Guevara C, Garcia M, Tazcon J. Hábito de fumar en los estudiantes de los primeros semestres de la facultad de salud: Características y percepciones. Colombia Médica. [online]. 2003 [citado 18 de septiembre 2019]. 37(1). Disponible en:

http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/409/1095

ISSN:
2448-7767

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
ENERO DE 2020

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.