



Ra Ximhai

Publicación semestral de Ciencias Sociales

Estigma y discriminación en una persona que vive con VIH/SIDA: un abordaje fenomenológico
Lucely Maas Góngora; Lidia del Carmen Castillo Arcos; Andrés Cerón Salazar; Juan Yovani Telumbre Terero y Manuel Antonio López Cisneros

Efecto del control conductual percibido en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes
Jesica Guadalupe Alaranda Cortez; Francisco Rafael Guzmán Pazcunec; Mario Enrique Gómez Medina y Carolina Valdez Montero

Inteligencia emocional y estrés percibido: análisis comparativo en adultos dependientes y no dependientes a las drogas
Julia Lierth Villareal Mata; Edgar Dresó Esteve; Edna Malin Pazúna Navarro Oliva; Martín Sánchez Gómez; Keyra Torres Obregón y Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH, e ITS y resiliencia sexual en adolescentes
Lidia del Carmen Castillo Arcos; Diana Moreno Bernal y Lucely Maas Góngora

Manifestación de los factores de riesgo socio-ambiental que incidieron en el juego patológico en jugadores en tratamiento de Culiacán
Bibita Sánchez Ramos y Carolina Valdez Montero

Representaciones sociales del concepto de sexualidad en adolescentes de secundaria
Martha Ofelia Valle Solís; Cirilia Viridiana Olay Gutiérrez e Jan Coaltepetzin Zavala Pérez

Permisividad social, espiritualidad e ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes
Juan Yovani Telumbre Terero; Manuel Antonio López Cisneros; Gloria Margarita Ruiz Gómez; Geu Salomé Mendoza Canán y Lucero Fuentes Ocampo

Uso de pornografía y consumo de drogas ilícitas en adolescentes
Mario Enrique Gómez Medina; Jesica Guadalupe Alaranda Cortez; Carolina Valdez Montero y Lucía Caudillo Ortega

Representaciones sociales de lactancia materna: perspectiva de género y experiencias de madres con trabajo remunerado
María de los Angeles Ramirez Arce y Rosario Edith Ortiz Félix

Efecto de un programa de ejercicio cardiovascular sobre los afectos en adultos mayores: ensayo clínico
Erick Landeros Osorio; Joaquín Gil Benítez; Claudio Sosa Rodríguez; Rosa María Galicia Aguilar y Natalina Ramírez Girón

Conducta anticonceptiva desde una mirada del modelo ecológico
Lucía Caudillo Ortega; Víctor Manuel Frausto Ramos y María Luisa Flores Arias

Modelo explicativo sobre la conducta de consumo de alcohol de jóvenes del área rural y urbana
Aniel González Vázquez; Karla Selena López García y Anelí Tizoc Márquez

Resolución de problemas y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2
Patricia Enequina Miramala Félix; Rosana Edith Ortiz Félix y Bertha Cecilia Salazar González

Trabajo y salud en el mineral de Santa Rosalita, Baja California Sur, durante el régimen porfiriano
Edith González Cruz

Revista Científica Ra Ximhai

Ciencias Sociales

Vol. 16 Número 3 Especial enero-junio de 2020

Publicación de la Universidad Autónoma Indígena de México

Directora Editorial

M. en E. S. María Azucena Caro Dueñas

Editor General

M. en C. Pedro Antonio López de Haro

Asistente Administrativa Editorial

Ing. Aminne Armenta Armenta

ISSN-1665-0441

D.R. © Ra Ximhai

Hecho en México

Printed in Mexico

Ra Ximhai

El Nombre

La identificación de esta revista con el nombre de Ra Ximhai (escrito en lengua hñahñú), que traducido al español significa “el mundo, el Universo o la vida”, hace referencia a la naturaleza desde un punto de vista cosmológico signado por los indígenas otomíes. La revista lleva este título como un homenaje a las culturas indígenas del país que forman parte importante de la riqueza cultural de México.

Diseño de portada: Ing. Aminne Armenta Armenta

Todos los artículos publicados son sometidos a arbitraje por especialistas. El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores. Se aceptan colaboraciones de acuerdo con las políticas de la revista. Enviar colaboraciones a raximhai@uaim.edu.mx

Ra Ximhai

COMITÉ CIENTÍFICO EXTERNO

DRA. CHANTAL CRAMAUSSEL VALLET

Colegio de Michoacán

DR. MARIO MAGAÑA MANCELLAS

Universidad Autónoma de Baja California

DR. BRUNO BARONNET

Universidad Veracruzana

DRA. ZULEMA TREJO CONTRERAS

Colegio de Sonora

DR. JOSÉ LUIS MOCTEZUMA ZAMARRÓN

Instituto Nacional de Antropología e Historia/Sonora

DR. SAMUEL OJEDA GASTELUM

Universidad Autónoma de Sinaloa

DR. EDUARDO ANDRÉS SANDOVAL

FORERO

Universidad Autónoma del Estado de México

DR. OSCAR VIRAMONTES OLIVAS

Universidad Autónoma de Chihuahua

DR. JOSÉ MANUEL JUÁREZ NÚÑEZ

UAM-Xochimilco

DRA. SONIA COMBONI SALINAS

UAM-Xochimilco

DR. GUNTHER DIETZ

Universidad Veracruzana

DR. JOSÉ GUADALUPE VARGAS

HERNÁNDEZ

Universidad de Guadalajara

DR. RAÚL ZIBECHI

Multiversidad Franciscana de América Latina,
Montevideo

DR. ROBINSON SALAZAR PÉREZ

Director de la Red de Investigadores por la
Democracia y la Paz, Buenos Aires, Argentina

DR. DANIEL MATO

Universidad Nacional Tres de Febrero, Argentina

DR. JOHN MASON HART

University of Houston

DR. JUAN PABLO DABOVE

University of Colorado Boulder

DR. VÍCTOR ANTONIO CORRALES

BURGUEÑO

Universidad Autónoma de Sinaloa

DRA. BEATRIZ EUGENIA RODRÍGUEZ

PÉREZ

Universidad Autónoma de Sinaloa

DR. DANTE ARTURO SALGADO GONZÁLEZ

Universidad Autónoma de Baja California Sur

DRA. MARÍA DEL ROSARIO ECHEVERRÍA

GONZÁLEZ

Universidad Intercultural del Estado de Puebla

COMITÉ EDITORIAL INTERNO

**DRA. MARÍA GUADALUPE IBARRA
CECEÑA**

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. ERNESTO GUERRA GARCÍA

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. ESTUARDO LARA PONCE

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. CELSO ORTIZ MARÍN

Universidad Autónoma Indígena de México

DRA. ELVIA NEREYDA RODRÍGUEZ

SAUCEDA

Universidad Autónoma Indígena de México

DRA. CLAUDIA SELENE CASTRO ESTRADA

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. FRANCISCO ANTONIO ROMERO

LEYVA

Universidad Autónoma Indígena de México

DRA. LIZBETH FÉLIX MIRANDA

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. JOSÉ EMILIO SÁNCHEZ GARCÍA

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. IVÁN NOEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ

Universidad Autónoma Indígena de México

DR. JESÚS RAMÓN RODRÍGUEZ APODACA

Universidad Autónoma Indígena de México

DRA. ANA LUIZA CORRALES

BALDENEBRO

Universidad Autónoma Indígena de México

M. en E. S. María Azucena Caro Dueñas

Directora Editorial

Universidad Autónoma Indígena de México

M. en C. Pedro Antonio López de Haro

Editor General

Universidad Autónoma Indígena de México

Ing. Aminne Armenta Armenta

Asistente Administrativa Editorial

Universidad Autónoma Indígena de México

Ra Ximhai

Ciencias Sociales

Vol. 16 Número 3

Especial

enero-junio 2020

ISSN-1665-0441

La revista *Ra Ximhai* está indexada en el **Master Journal List** (Clarivate Analytics), la Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico **REDIB**, el Sistema de Información Bibliográfica sobre las publicaciones científicas seriadas y periódicas producidas en América Latina, el Caribe, España y Portugal (**LATINDEX**), Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades (**CLASE**), Electronic Journals Service (**EBSCO**), Red de Revistas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (**REDALYC**), Servicios de Alertas y Hemeroteca Virtual de la Universidad de Rioja, España (**DIALNET**), el Directory of Open Access Journals (**DOAJ**), Hispanic American Periodicals Index (**HAPI**), **Academic Journals Database**, Revistas Electrónicas de Ciencia y Tecnología de la Organización de Estados Iberoamericanos (**OEI**), el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales de América Latina y el Caribe (**CLACSO**), el Instituto de Apoyo a la Investigación e Innovación (**INAPI**), In4referencial Científico (**in4ciencia**), **Revistas Indexadas de Actualidad Iberoamericana**, **Academia.edu**, **Researchgate**, **WorldCat** e **Indice de Publicaciones Periódicas REMERI**.

Es posible consultarla a través de las siguientes bibliotecas virtuales universitarias:

De **Alemania**: Technische Universität Braunschweig, Uppsala University Library, Kassel University Library.

De **Argentina**: Librería del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Biblioteca Digital de Ciencia y Tecnología Administrativa.

De **Australia**: Library of Southern Cross University.

De **Canadá**: Memorial University of Newfoundland Libraries.

De **China**: Electronic Journal Library.

De **Colombia**: Centro de Estudios Superiores María Goretti.

De **España**: Biblioteca de la Universidad de Sevilla y MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas) Universitat de Barcelona.

De **Estados Unidos**: University of Georgia Libraries, Thomas Library de la Universidad Witteberg, Information Network of the State Library of Ohio, Albertsons Library of Boise State University, University of Tennessee Libraries, Columbia University Libraries, Binghamton University Libraries, Electronic Journals of Texas Tech University, University of Illinois at Urbana Champaign Library Gateway, Cornell University Library, Libraries of the University of South Florida (USF), Washington Research Library Consortium (WRLC), South Dakota State University, Georgetown University Library, Marymount University Library y The Catholic University of America.

De **Finlandia**: Tampereen Yliopiston Kirjasto Andor.

De **Francia**: Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur, Centre National de la Recherche Scientifique, Bibliothèques Universitaires de l'Université de Caen Normandie, Université Jean Monnet (Saint-Etienne), Sciences Po Paris, Accès Unifié aux Référentiels HAL, Centre pour la Communication Scientifique Directe.

De **Inglaterra**: Oxford Brookes University, University of Leicester, University Library of University of Sheffield.

De **Italia**: Sistema Archivistico e Bibliotecario Politécnico Milano, Sapienza Digital Library, Biblioteca Universitaria di Lugano de la Università Della Svizzera.

De **Japón**: University of Tsukuba Library.

De **México**: e-journals y revistas de ciencias sociales UNAM.

De **Suecia**: Göteborg University Library

Ra Ximhai

Ciencias Sociales

Vol. 16 Número 3 Especial enero - junio 2020

ISSN-1665-0441

La presente coedición de la revista Ra Ximhai ha sido coordinada por los Doctores Carolina Valdez Montero, Jesica Guadalupe Ahumada Cortez y Mario Enrique Gámez Medina Profesores e Investigadores de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

Todos los artículos publicados son sometidos a arbitraje por especialistas en el tema mediante el sistema de “pares ciegos”. El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Ra Ximhai

**El mundo,
El universo o
La vida**

ISSN-1665-0441

**VOLUMEN 16 NÚMERO 3 ESPECIAL
ENERO-JUNIO 2020**

CONTENIDO

Vol. 16 Núm. 3 Especial enero-junio 2020
Ciencias Sociales
ISSN-1665-0441

- 13** **Presentación**
Carolina Valdez Montero; Jessica Guadalupe Ahumada Cortez y
Mario Enrique Gámez Medina

ARTÍCULO CIENTÍFICO

- 19** **Estigma y discriminación en una persona que vive con VIH/SIDA: un abordaje fenomenológico**
Lucely Maas Góngora; Lubia del Carmen Castillo Arcos; Andrés Cerón Salazar; Juan Yovani Telumbre Terrero y Manuel Antonio López Cisneros
- 39** **Efecto del control conductual percibido en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes**
Jessica Guadalupe Ahumada Cortez; Francisco Rafael Guzmán Facundo; Mario Enrique Gámez Medina y Carolina Valdez Montero
- 57** **Inteligencia emocional y estrés percibido: análisis comparativo en adultos dependientes y no dependientes a las drogas**
Julia Lizeth Villarreal Mata; Edgar Bresó Esteve; Edna Idalia Paulina Navarro Oliva; Martín Sánchez Gómez; Reyna Torres Obregón y Gerardo Enrique Muñoz Maldonado
- 73** **Conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH, e ITS y resiliencia sexual en adolescentes**
Lubia del Carmen Castillo Arcos; Diana Moreno Bernal y Lucely Maas Góngora
- 89** **Manifestación de los factores de riesgo socio-ambiental que incidieron en el juego patológico en jugadores en tratamiento de Culiacán**
Rubén Sánchez Ramos y Carolina Valdez Montero

- 113 Representaciones sociales del concepto de sexualidad en adolescentes de secundaria**
Martha Ofelia Valle Solís; Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez e Ian Coahpetzin Zavala Pérez
- 133 Permisividad social, espiritualidad e ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes**
Juan Yovani Telumbre Terrero; Manuel Antonio López Cisneros; Gloria Margarita Ruiz Gómez; Geu Salome Mendoza Catalán y Lucero Fuentes Ocampo
- 149 Uso de pornografía y consumo de drogas lícitas en adolescentes**
Mario Enrique Gámez Medina; Jesica Guadalupe Ahumada Cortez; Carolina Valdez Montero y Lucia Caudillo Ortega
- 169 Representaciones sociales de lactancia materna: perspectiva de género y experiencias de madres con trabajo remunerado**
María de los Ángeles Ramírez Uribe y Rosario Edith Ortiz Félix
- 193 Efecto de un programa de ejercicio cardiovascular sobre los afectos en adultos mayores: ensayo clínico**
Erick Landeros Olvera; Joaquín Gil Benitez; Claudia Sosa Rodríguez; Rosa María Galicia Aguilar y Natalia Ramírez Girón
- 211 Conducta anticonceptiva desde una mirada del modelo ecológico**
Lucía Caudillo Ortega; Víctor Manuel Frausto Ramos y María Luisa Flores Arias
- 235 Modelo explicativo sobre la conducta de consumo de alcohol de jóvenes del área rural y urbana**
Annel González Vázquez; Karla Selene López García y Arodi Tizoc Marquez
- 251 Resolución de problemas y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2**
Patricia Enedina Miranda Félix; Rosario Edith Ortiz Félix y Bertha Cecilia Salazar Gonzalez
- 269 Trabajo y salud en el mineral de Santa Rosalía, Baja California Sur, durante el régimen porfiriano**
Edith González Cruz

CONTENTS

Vol. 16 Num. 3 Special january-june 2020
Social Sciences
ISSN-1665-0441

- 13** **Presentation**
Carolina Valdez Montero; Jessica Guadalupe Ahumada Cortez y
Mario Enrique Gámez Medina

SCIENTIFIC ARTICLE

- 19** **Stigma and discrimination in a person living with HIV/AIDS: a phenomenological approach**
Lucely Maas Góngora; Lubia del Carmen Castillo Arcos; Andrés Cerón Salazar; Juan Yovani Telumbre Terrero y Manuel Antonio López Cisneros
- 39** **Effect of perceived behavioral control on illicit drug use in adolescents**
Jessica Guadalupe Ahumada Cortez; Francisco Rafael Guzmán Facundo; Mario Enrique Gámez Medina y Carolina Valdez Montero
- 57** **Emotional intelligence and perceived stress: analysis in adult dependent and non-dependent to drugs**
Julia Lizeth Villarreal Mata; Edgar Bresó Esteve; Edna Idalia Paulina Navarro Oliva; Martín Sánchez Gómez; Reyna Torres Obregón y Gerardo Enrique Muñoz Maldonado
- 73** **Knowledge about unplanned pregnancies, HIV, and STI, and sexual resilience in adolescents**
Lubia del Carmen Castillo Arcos; Diana Moreno Bernal y Lucely Maas Góngora
- 89** **Manifestation of the socio-environmental risk factors that incidated in the pathological gambling in gamblers in treatment of Culiacan**
Rubén Sánchez Ramos y Carolina Valdez Montero

- 113 Social representations of the concept of sexuality in secondary teens**
Martha Ofelia Valle Solís; Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez e Ian Coahpetzin Zavala Pérez
- 133 Social permissivity, spirituality and intake of alcoholic drinks in adolescents**
Juan Yovani Telumbre Terrero; Manuel Antonio López Cisneros; Gloria Margarita Ruiz Gómez; Geu Salome Mendoza Catalán y Lucero Fuentes Ocampo
- 149 Use of pornography and consumption of licit drugs in adolescents**
Mario Enrique Gámez Medina; Jesica Guadalupe Ahumada Cortez; Carolina Valdez Montero y Lucía Caudillo Ortega
- 169 Social representations of breastfeeding: gender perspective and experiences of mothers with paid work**
María de los Ángeles Ramírez Uribe y Rosario Edith Ortiz Félix
- 193 Effect of cardiovascular exercise program on affects in older adults: clinical trial**
Erick Landeros Olvera; Joaquín Gil Benitez; Claudia Sosa Rodríguez; Rosa María Galicia Aguilar y Natalia Ramírez Girón
- 211 Contraceptive behavior from a look of the ecological model**
Lucía Caudillo Ortega; Víctor Manuel Frausto Ramos y María Luisa Flores Arias
- 235 Explanatory model on the behavior of alcohol consumption of young people in the rural and urban area**
Annel González Vázquez; Karla Selene López García y Arodi Tizoc Marquez
- 251 Problem solving and selfcare in patients whit type diabetes 2**
Patricia Enedina Miranda Félix; Rosario Edith Ortiz Félix y Bertha Cecilia Salazar Gonzalez
- 269 Work-health relationship in the mines of Santa Rosalia, Baja California Sur, during the porfirian regime**
Edith González Cruz

PRESENTACIÓN

Carolina Valdez Montero

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez

Mario Enrique Gámez Medina

La Salud Comunitaria hace referencia a la salud individual y de grupos en una comunidad definida, que es determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico. Dentro de los desafíos prioritarios en materia de salud que propone la Organización Mundial de Salud (OMS), es fortalecer la atención primaria de salud, la cual debe abarcar la mayoría de las necesidades sanitarias de una persona, incluyendo la promoción, protección, prevención, cura, rehabilitación y cuidados paliativos durante toda su vida, la cual está muy ligada con la salud comunitaria, donde se puede hacer reflexiones sobre los determinantes sociales de salud de una persona.

Asimismo, la OMS indica dentro de sus desafíos diversas situaciones de salud, como son las enfermedades cardíacas, la diabetes, el consumo de drogas, la salud mental, la salud infantil y maternal, las enfermedades transmisibles como las ITS y el VIH, que, a pesar de los grandes esfuerzos por erradicar el virus, aún hay mucho trabajo por realizar. Es de suma importancia, generar investigaciones desde diversas perspectivas enfocadas a los desafíos que enfrentan las personas en el sentido de salud para poder generar una mayor comprensión de los sucesos y a su vez generar propuestas que sirvan de guía para la promoción y prevención de las enfermedades prevalentes en los individuos.

Es por ello por lo que se desarrolló el presente número especial, en el cual se intenta abarcar las demandas comunitarias y de salud. A continuación, en el presente número se muestran los siguientes artículos, que inicia con una investigación cualitativa sobre la experiencia y vivencia de una persona que vive con VIH realizado por Maas-Góngora, Castillo-Arcos, Cerón-Salazar, Telumbre-Terrero y López-Cisneros, los autores presentan una comprensión e

interpretación de la experiencia singular del individuo desde sus vivencias siendo portador de VIH. Desde una perspectiva fenomenológica, los autores encontraron que la vivencia de una persona portadora tiene relación con el estigma asociado a la enfermedad, pues éste tiene correspondencia con decisiones que involucran desde tener que callar hasta tener que hablar, así como procesos de defensa relacionados con la manera de hacer frente a su padecer, negándolo, sosteniéndose sin apoyos de fármacos hasta darle lugar a las exigencias que su propio cuerpo le exigió.

En el estudio de Ahumada-Cortez, Guzmán-Facundo, Gámez-Medina y Valdez-Montero, que trata sobre el Control Conductual para consumir drogas, el cual lo definen como la creencia personal de los adolescentes acerca de la capacidad de controlar las dificultades o facilidades existentes para consumir alguna droga. Los autores reportaron que la droga más consumida por los adolescentes fue la marihuana, también encontraron que los hombres están más expuestos a situaciones que favorecen el consumo de drogas, tales como ir al antro o a fiestas, estar con amigos mientras usan drogas. Asimismo, los adolescentes que habían consumido alguna droga se perciben menor capacidad de autocontrol (control conductual) ante situaciones que podrían propiciar el consumo que aquellos adolescentes que no habían consumido. Los hallazgos del estudio visibilizan un problema importante en etapas tempranas de la adolescencia, como un problema social y de salud.

Villarreal-Mata, Bresó-Esteve, Navarro-Oliva, Sánchez-Gómez, Torres-Obregón y Muñoz-Maldonado en su estudio presentan la relación entre la inteligencia emocional y el estrés percibido de los adultos en tratamiento contra la dependencia al alcohol o drogas. Los hallazgos encontrados en el estudio fue que la desregulación del estrés y de la inteligencia emocional puede ser de importancia clínica en el tratamiento de poblaciones dependientes de drogas, ya que los eventos estresantes y las estrategias de afrontamiento emocional ineficaces en esta población predisponen al uso continuado y recaída en el abuso del alcohol y drogas.

El estudio de Castillo-Arcos, Moreno-Bernal y Maas-Góngora se aproxima a los conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH e ITS y la resiliencia sexual en los adolescentes. Los autores señalan que las mujeres mostraron mayor aceptación de sí mismas y la vida en comparación con los hombres, el cual es un elemento involucrado en la resiliencia sexual, también indicaron que los conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH e ITS se relacionaron con la resiliencia sexual, lo cual es de gran importancia para la conservación de la salud sexual y sobrellevar los posibles riesgos sexuales que pongan en peligro la integridad física, psicológica y social en la etapa de la adolescencia.

Sánchez-Ramos y Valdez-Montero abordan la problemática del juego patológico, el cual es catalogado como un problema de adicción que se genera en

el contexto social, es por ello que los autores realizan una investigación cualitativa, lo que permite demostrar que los factores de riesgo socio-ambientales que inciden en la adicción al juego fueron; las interacciones sociales, la disponibilidad y el fácil acceso de los casinos, así como su ambiente y su oferta de juego a través de diferentes medios de comunicación. Por lo anterior, la problemática del juego patológico, que se presenta en un ámbito social, puede repercutir en la salud mental y posteriormente en la salud física de los jugadores.

Valle-Solís, Olea y Zavala informan sobre las representaciones sociales del concepto de sexualidad en 17 hombres y 17 mujeres, entre los 12 y 14 años de Nayarit. Los autores indican que los participantes mencionaron 153 palabras evocadas para el término inductor “sexualidad”, de manera general las palabras más constantes fueron: Sexo, Hombre, Mujer, Hijos, Amor, Género y Protección. El conocer la representación social del concepto de sexualidad permite conocer las creencias e ideas sobre su definición y sus posibles conductas protectoras y/o de riesgo en términos sexuales en etapa de la adolescencia, lo cual puede ser de apoyo para fortalecer o crear nuevas estrategias en salud sexual.

El estudio de Telumbre-Terrero, López-Cisneros, Ruiz-Gómez, Mendoza-Catalán y Fuentes-Ocampo muestra la problemática del consumo de alcohol en la adolescencia y estudia las variables de permisividad social y espiritualidad. Los autores destacan la presencia de consumo de alcohol en la etapa de la adolescencia, lo que pudiera desencadenar efectos perjudiciales en la vida adulta, también reportan que la permisividad social es un factor de riesgo, ya que incrementa la posibilidad de ingesta de alcohol. Y otra parte, la espiritualidad se encuentra representado como un factor de protección, lo cual puede reducir o no ingerir bebidas embriagantes en etapas de la adolescencia. Los autores a su vez sugieren que los resultados sean considerados por los tomadores de decisiones para diseñar e implementar programas con variables sociales que potencialicen la reducción del consumo de alcohol en edades tempranas.

Gámez-Medina, Ahumada-Cortez, Valdez-Montero y Caudillo-Ortega presentan su estudio sobre el uso de pornografía y el consumo de alcohol y tabaco como un problema dual de los adolescentes que requieren ser explorados. Los autores en sus hallazgos reportan consumo de alcohol, tabaco y uso de pornografía en los adolescentes, conductas mayormente presentes en los hombres. También indican que los adolescentes que han consumido alcohol en el último año han visualizado más pornografía comparado con los que no consumieron. Estos resultados permiten hacer reflexión sobre el uso de las tecnologías y los potenciales riesgos a la salud colectiva, en los que se pueden presentar otros posibles riesgos potenciales en los adolescentes y en su comunidad.

El estudio de representaciones sociales de la lactancia materna por Ramírez-Uribe y Ortiz-Félix, muestra un análisis sobre la relación de las

representaciones sociales de la lactancia materna con las construcciones de género de un grupo de madres lactantes. Con un enfoque cualitativo, identifican que la representación social de la lactancia es un símbolo de salud-bienestar, eje articulador de la relación familiar y práctica transgresora-disidente. También se muestra que las construcciones de género inciden directamente en la configuración simbólica de las representaciones sociales de la lactancia materna. Las autoras postulan la demanda de construir o reconstruir políticas de corresponsabilidad social para la promoción de la lactancia materna.

Landeros-Olvera, Gil-Benitez, Sosa-Rodríguez, Galicia-Aguilar y Ramírez-Girón, se plantearon la pregunta ¿Cuál es el efecto de un programa de ejercicios controlado, gradual, progresivo y de bajo impacto cardiovascular en un grupo de adultos mayores sobre los afectos positivos y negativos? Los autores explican el ensayo clínico aleatorizado y controlado y demuestran que después de la intervención de ejercicio, observaron un incremento en los afectos positivos y disminución de afectos negativos en el grupo experimental de adultos mayores.

Caudillo-Ortega, Frausto-Ramos y Flores-Arias en su estudio sobre conducta anticonceptiva desde una mirada del modelo ecológico, informan sobre la importancia del fenómeno de la anticoncepción vista desde una perspectiva integral, desde el modelo ecológico. Los autores indican que la perspectiva ecológica ha resultado útil para ampliar la comprensión de una serie de problemas sociales y de salud complejos, como lo es la conducta anticonceptiva, dado que integra estructuras sociales que influyen directa o indirectamente en el uso o no uso de los métodos anticonceptivos. Asimismo, indican que los estudios de conducta anticonceptiva deben realizarse desde una perspectiva que considere estructuras sociales y culturales para su mayor comprensión y análisis.

González-Vázquez, López-García y Tizoc-Marquez presentan una derivación teórica y proponen un modelo explicativo sobre la conducta de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes del área rural y urbana. Los autores utilizaron la metodología de Walker y Avant y la construcción teórica de Fawcett en los cuales hacen una revisión profunda de la literatura que permite una comprensión del fenómeno de las drogas. Los autores recomiendan realizar la comprobación del modelo en la población de jóvenes del área rural y urbana para identificar los factores personales y ambientales que puedan influir en el consumo o no de alcohol.

El estudio de resolución de problemas y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 por Miranda-Félix, Ortiz-Félix y Salazar-González, muestran la importancia de realizar estudios sobre diabetes, el cual representa un problema de salud pública. Las autoras informan que la resolución de problemas en autocuidado está condicionada por edad y apoyo social. También reportaron que la resolución de problemas efectivos en el autocuidado de diabetes muestra un mejor autocuidado en alimentación de las personas. Asimismo, las autoras

sugieren que en futuras investigaciones se incorporen variables sociales como las creencias acerca del cuidado de la diabetes.

Finalmente, la autora González-Cruz presenta un análisis sobre la relación trabajo-salud en el mineral de Santa Rosalía durante la época porfiriana. La autora inicia con análisis sobre el trabajo con un acercamiento a los orígenes y estructura urbana de Santa Rosalía, posteriormente presente una revisión histórica sobre el trabajo, con énfasis en el origen de la mano de obra y las condiciones laborales y concluye con el apartado de salud, en el que se explica la política sanitaria del gobierno de Díaz, que contrasta con las condiciones de vida que prevalecían en el mineral, lo que devino varias enfermedades que terminaron en un número importante de defunciones.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN UNA PERSONA QUE VIVE CON VIH/SIDA: UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO

STIGMA AND DISCRIMINATION IN A PERSON LIVING WITH HIV/AIDS: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH

Lucely **Maas-Góngora**¹; Luvia del Carmen **Castillo-Arcos**²; Andrés **Cerón-Salazar**³; Juan Yovani **Telumbre-Terrero**⁴ y Manuel Antonio **López-Cisneros**⁵

Resumen

El estigma y discriminación asociado al VIH/Sida es una consideración negativa, pues desde sus orígenes se ha vinculado a los grupos relacionados con la transmisión del VIH a los hombres que tienen relaciones con otros hombres, consumidores de drogas inyectables, presos o personas recluidas en otros entornos, los transexuales, los trabajadores sexuales y sus clientes, dando así lugar a una generalización de causas y efectos. El manejo y tratamiento del

VIH/Sida ha tenido grandes avances que han permitido colocarla como padecimiento crónico. En lo social la percepción del padecimiento no ha logrado la misma evolución, pues siguen existiendo conductas de rechazo relacionadas con el estigma a su condición de portador. El abordar este fenómeno de estigma y discriminación, permiten explorar y analizar cómo lo representa un sujeto que vive en condición de VIH/SIDA. Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico ya que tiene

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche.

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche.

³ Psicólogo. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche.

⁴ Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche.

⁵ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche

como característica el comprender e interpretar la experiencia singular del individuo desde sus vivencias siendo portador de VIH/Sida, como técnica se realizaron entrevistas en profundidad y para el análisis e interpretación se utilizó el análisis de contenido de los aspectos con mayor relevancia para el estudio. Las categorías de análisis identificadas fueron: Discriminación y estigma vivenciada más no cumplida; Modificación ante la vivencia de muerte, una salida ante la discriminación y Estrategias de afrontamiento. Se muestra que la vivencia de una persona portadora tiene relación con el estigma asociado a la enfermedad, pues éste tiene correspondencia con decisiones que involucran desde tener que callar hasta tener que hablar, así como procesos de defensa relacionados con la manera de hacer frente a su padecer, negándolo, sosteniéndose sin apoyos de fármacos hasta darle lugar a las exigencias que su propio cuerpo le exigió.

Palabras clave: VIH/Sida, Estigma, Discriminación, Fenomenología.

Abstract

The stigma and discrimination associated with HIV/AIDS are negative aspects, since its origins it has been linked to groups related to HIV transmission: men who have sex with men, injecting drug users, prisoners, transsexuals, sex workers and their clients, generalizing causes and effects. The management and treatment of

HIV/AIDS have made great advances that have allowed it to be placed as a chronic condition. The social perception of the condition has not achieved the same evolution, because they continue rejection behaviors related to stigma in people diagnosed. Addressing this phenomenon of stigma and discrimination, allow us to explore and analyze how it is represented by a person living with HIV/AIDS. This is a qualitative phenomenological study since its main characteristic is understanding and interpreting the experience of the individual diagnosed with HIV / AIDS. In-depth interviews were conducted and for the analysis and interpretation the content analysis of the most relevant aspects for the study was used. Analysis topics identified were: Discrimination and experienced stigma but not fulfilled; Modification in the experience of death; a way out of discrimination and Coping strategies. More than one perceived stigma was found; however, the associated feelings allow us to feel the experience as possible more not lived and from there make decisions. From that experience, it is sought to discover the stigma and discrimination associated with people diagnosed with HIV / AIDS, therefore it was chosen by a phenomenological approach.

Key words: HIV/AIDS, Social discrimination, Social stigma, Phenomenology.

INTRODUCCIÓN

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2018) refiere que el VIH/Sida es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel internacional, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. En 2018 alrededor de un millón de personas fallecieron por causas asociadas con éste virus, determinando además que había aproximadamente 37,9 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. En Latinoamérica y el

Caribe el promedio de infecciones nuevas fueron de 156 mil para el mismo año. Además, se registraron aproximadamente 68 mil muertes asociadas al VIH. El padecimiento es considerado una epidemia global de rápida diseminación, exige respuestas inmediatas y la necesidad de contar con recursos económicos, políticos, sociales y psicológicos que hagan frente a una problemática de tal magnitud.

El VIH/Sida continúa siendo un problema de salud mundial de un impacto sin precedentes, que debido a su alta mortalidad ha generado incluso cambios demográficos en los países más afectados. Se han logrado grandes avances en relación a las estrategias de prevención, así como un mayor acceso a los medicamentos antiretrovirales e incluso una mejora en la atención personal de éste grupo, lo que ha permitido que el número anual de nuevos casos de personas con VIH, así como la tasa estimada de fallecimientos haya disminuido, aun así, estas tendencias favorables no se manifiestan de la misma manera en todas las regiones, lo que expone la necesidad de políticas, programas e investigaciones sobre éste fenómeno CENSIDA (2018).

En México el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA, 2018) informa que en el período de 1983-2018 en el país se notificaron 202,295 casos de VIH y Sida; tan solo para 2018 se reportaron 13,137 casos nuevos, los estados con mayor tasa de casos nuevos diagnosticados son Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Morelos y Guerrero. En el Estado de Campeche se reportaron alrededor de 164 casos nuevos, considerando al municipio del Carmen en el primer lugar del estado en casos de VIH/Sida.

Las primeras referencias sobre estigma y discriminación relacionados con el VIH/Sida las expone Patton (1985) y Sontang (1989) que señalan las relaciones del VIH/Sida con el miedo, así como las angustias sociales asociadas a patologías similares como la lepra y la tuberculosis. En este sentido la ONUSIDA (2017) publicó un informe que muestra como el estigma y la discriminación están obstaculizando el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, lo que pone en riesgo la vida de las personas, el mismo informe detalla que de los 19 países de los que existen datos una de cada cuatro personas seropositivas ha sido discriminada en entornos sanitarios. Algunos estudios como los estudios de Zafra-Tanaj y Ticona-Chávez (2016) y Cruz y Carita (2014), encontraron un alto nivel de estigma en la población estudiada y su asociación en la adherencia al tratamiento. Por su parte Bermúdez-Román y cols., (2015) identificaron en sus estudios mitos alrededor del VIH/Sida los cuales constituyen una barrera de acceso a los servicios de salud que retrasa el diagnóstico oportuno y su tratamiento.

Tanto las investigaciones como los avances científicos sobre el manejo y tratamiento del VIH/Sida afirman que es una enfermedad crónica y no terminal. En lo social la percepción del padecimiento no ha logrado la misma evolución,

pues siguen existiendo conductas de rechazo relacionadas con el estigma asociado a su condición de portador de VIH/Sida pese a que hay diversas instancias que brindan toda la información necesaria respecto del padecimiento, continúan formas veladas en el trato, exclusión social y familiar, lo cual permite inferir la conceptualización negativa de VIH/Sida vinculada con el estigma de la enfermedad y discriminación de quien la padece, que desde sus orígenes ha sido asociada a los hombres que tienen relaciones con otros hombres, los consumidores de drogas inyectables, personas privadas de su libertad, los transexuales, los trabajadores sexuales y sus clientes, pero que en la actualidad estos criterios no son exclusivos, lo que da lugar a que se instale con mayor crudeza trato e ideación excluyente, tanto para quien es portador como para quien se pueda llegar a sospechar que la tiene.

Goffman (2006) y la Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (RAE, 2014) coinciden al definir Estigma como una “serie de atributos indeseables que no corresponden al estereotipo social”. Por otra parte, las primeras referencias del ONUSIDA sobre el término discriminación, consideran que se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer o porque se asocie a un grupo particular. En éste sentido se considera relevante construir espacios para mantener vigentes y actualizados los conocimientos científicos que permitan ahondar sobre las maneras singulares de enfrentar las diferentes vicisitudes que involucran a una persona el tener esta enfermedad, pues si bien existe estrategias de organismos internacionales para la prevención y control siguen siendo necesarios estudios sobre éste padecimiento.

Al respecto del VIH/Sida existen estudios que abordan sus diversas problemáticas, son menos los que estudian los aspectos subjetivos del fenómeno y en particular relacionado con el estigma y la discriminación y sus aspectos intangibles y propios de quien lo vive, es relevante para el área de la salud tener referentes de lo que en el sujeto puede significar e influir en diagnóstico oportuno, apego al tratamiento e incluso las decisiones para adoptar conductas favorecedoras de salud, es por ello que se aborda este fenómeno desde una perspectiva cualitativa con el objetivo indagar y comprender sobre los aspectos subjetivos del estigma y la discriminación desde las experiencias de quien vive con VIH/Sida cómo estos se manifiestan y determinan decisiones a lo largo de su vida, a partir de la identificación de sus vivencias desde su diagnóstico.

Estos aspectos subjetivos según Taylor y Bogdan, (1992), se expresan mediante la narrativa la cual surge cuando el sujeto descubre su posición, en cierto momento, frente a determinado problema que le afecta. La narrativa surge entonces, como experiencia del encuentro, haciendo ello irrepetible, único y excepcional. Para este autor, un acercamiento a la construcción conceptual y

categoría de dichos conceptos permite identificar los modos o formas que el sujeto se sitúa en el discurso, y este a su vez, logre referirlo como tal, como sujeto, siendo un sujeto del discurso.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cualitativo ya que tiene como característica el comprender e interpretar la experiencia singular del individuo desde sus vivencias; es un método aconsejable cuando el objeto de estudio es subjetivo (De Souza, 2017). Cedeño (2001) expone que la comprensión del objeto de estudio se valora desde una perspectiva holística, totalizadora, no fragmentada que retoma todos los puntos de vista como valiosos y dignos de estudiar. Desde esa experiencia singular se busca develar el fenómeno de la vivencia del estigma y discriminación asociada a la condición de portador de VIH/Sida, por lo anterior se optó por un enfoque fenomenológico.

En éste sentido Muñoz (citado por Fernández, Barbosa y Muñoz, 2010) expone que el objetivo del método fenomenológico es describir la estructura y significado de la experiencia vivida por los sujetos en ella participa, procurando la comprensión y no solo la explicación. Se hace énfasis en lo individual y sobre la experiencia subjetiva, partiendo de que las personas se sitúan en la vida cotidiana con sus angustias y preocupaciones, en una intersubjetividad con sus semejantes y eso constituye la existencia social (De Souza, 2017). Se encuentra conveniente abordar el fenómeno desde este método, ya que el estigma y la discriminación se presentan y se vive en lo cotidiano donde normalmente no se reflexiona o cuestiona.

Una vez que se recibió la aprobación del Comité Científico de la Institución Educativa responsable se realizó una invitación directa al sujeto de estudio, el cual recibió información sobre los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. El informante fue elegido, en consideración al tiempo de diagnóstico como VIH-positivo, así como sus vivencias en relación al fenómeno en abordado, se tomó en cuenta como propone Taylor y Bogdan, (1992) la disponibilidad, la facilidad para hablar sobre sus experiencias y la capacidad auto reflexiva para expresar sus sentimientos. Se desarrollaron entrevistas en profundidad como el mismo autor sugiere son entrevistas cualitativas desarrolladas en varios encuentros cara a cara entre el investigador y el o los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que los informantes tienen respecto a sus vidas o sucesos de esta, el

autor señala que es una conversación entre iguales y no de intercambio de preguntas y respuestas.

Las entrevistas iniciales fueron de presentación, cumpliendo con la finalidad de explicar el objetivo de la investigación, sus características, uso y manejo de la información, así como garantizar su anonimato. Posterior a éstas, se acordó una fecha para la realizar la entrevista en profundidad. No obstante, se requirió hacer una posterior para complementar y profundizar sobre aspectos relevantes identificados en ella, finalmente fueron dos entrevistas realizadas en julio y agosto 2017, siendo guiadas por la pregunta orientadora ¿Cómo han sido sus vivencias de estigma y discriminación a partir del diagnóstico de VIH/Sida?, las sesiones consistieron en solicitar que describiera acontecimientos o vivencias más significativas de su vida a partir del diagnóstico de VIH-positivo. Estas se llevaron a cabo en el domicilio del participante, fueron registradas por medio de una grabadora digital, con una duración total de más de 95 minutos y posteriormente fueron transcritas de manera textual en Word.

Para el análisis e interpretación de las entrevistas se realizó un análisis de contenido, con orientación a descubrir hechos y momentos relacionados con estigma y discriminación. El análisis temático consiste en descubrir núcleos de sentido que componen las entrevistas, cuya presencia signifiquen algo para el objeto analítico (De Sousa, 2017), según Bardin (1991) el tema es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía. Para ésta investigación el documento con las entrevistas transcritas fue distribuido entre tres de los investigadores responsables de la investigación con la finalidad de analizar y delimitar las unidades de sentido que a partir de sus prácticas discursivas sea posible identificar las categorías de análisis. Las unidades de sentido se agruparon por coincidencias y/o divergencias. El paso siguiente consistió en comparar los hallazgos de cada investigador para generar las categorías de análisis definitivas. Los hallazgos se triangularon con los otros investigadores involucrados en la investigación buscando la validez de las categorías. Se aseguró el anonimato asignándole un nombre ficticio y en el manejo de datos tuvieron acceso solo los responsables de la investigación.

RESULTADOS

El entrevistado es un varón de 49 años, es originario de una comunidad suburbana del municipio del Carmen, migró a Ciudad del Carmen Campeche para buscar empleo, donde se asentó y vive en la actualidad. Estudió hasta el primer año de bachillerato, muy joven ingreso a trabajar a una institución de salud en el área de limpieza, recibió diversas capacitaciones al interior de la institución donde laborada y ocupó diversos puestos en esa misma área, los últimos años previos a su jubilación fue responsable de departamento de lavandería e insumos de ropa. Paralelo a este trabajó, se desempeñaba como organizador de fiestas de quince años y bodas, realizaba maquillaje, peinados, ofrecía servicios como travesti imitando artistas reconocidas, así como montando corografías para carnaval y fiestas locales, logrando ser una persona conocida en la comunidad. Desde que reside en ésta comunidad ha vivido con su madre, siendo ella su principal apoyo.

El diagnóstico de VIH-positivo le fue comunicado cuando tenía 27 años, en un inicio se percata de que algo no marcha bien con su cuerpo debido al decremento de su capacidad física y la excesiva pérdida de peso. A partir de confirmar su diagnóstico muchas de los sentimientos e ideaciones giran en torno al supuesto de estigma y discriminación, miedo al qué dirán, el secreto y la muerte, generalizando estos sentimientos e ideas a todos sus entornos. Es por ello que en los primeros 10 años decide no hablar de que es portador y se asume de manera incansable a actividades laborales y sus aficiones relacionadas con el maquillaje y modelaje, dándole como resultado jornadas extenuantes, pero profundamente satisfactorias para el entrevistado. Otra decisión importante fue no seguir tratamiento médico, ni seguimiento en ninguna institución de salud, como él manifiesta “hacer como si no pasara nada”.

En éste tiempo lo invitan a representar a la comunidad en un evento nacional de belleza gay, lo que le exige ciertos estándares, por lo que decide someterse a dietas rigurosas, ejercicio, trabajo extra para tener recursos que solventen esos eventuales gastos, una vez finalizada su participación y al poco tiempo vuelve a presentarse una mala condición física, manifestaciones propias de la infección por VIH-Sida, por lo cual se ve en la necesidad de volver a hacerse todos los exámenes médicos, se le informa sobre una caída total de sus células T, que le hacen presentar enfermedades asociadas a ésta, el médico le expone el riesgo que presenta y la posibilidad de muerte mismo que hace un impacto significativo en él. Dada la condición médica general, se le presenta la disyuntiva de seguir como iba, lo cual implicaba que el resultado era inminentemente era la muerte, o hacer algo para acceder a otro tipo de acciones, que requerirían tanto el entrar a un seguimiento tanto medico como de hábitos más saludables. A partir de ese momento puede asumir la necesidad de tomar retrovirales, cambios en sus jornadas de trabajo y las exigencias que ello conllevaba. Fue entonces donde

decide hacer público su padecimiento al principio con su familia y posteriormente a sus amigos y compañeros de trabajo.

La expectativa al respecto de la noticia sobre su condición era catastrófica, pensaba que lo iban a correr de su trabajo que perdería amistades y que su familia se alejaría, sin embargo, tanto a nivel de su trabajo, amigos y familia la respuesta fue muy positiva de mucho apoyo, ayuda y comprensión, sin que ello lo llevase a vivir una experiencia de exclusión. Desde entonces ha asumido responsabilidad por su salud, acudiendo puntualmente a sus controles médicos, tomando adecuadamente sus tratamientos y de menos exigencia física. Actualmente se encuentra jubilado, llevando una vida más sosegada, retirado de la actividad laboral, así como del maquillaje y modelaje. Sostiene no tener exigencias mayores y que prefiere tener una tranquilidad, sin que ello implique dejar de lado el cuidado y la atención a sus tratamientos de retrovirales.

Posterior a la transcripción y análisis de las entrevistas se definieron tres núcleos de análisis, identificando en ellos las formulaciones que más se aproximan, integran y describen la experiencia vivida y/o sentida de estigma y discriminación a lo largo de su historia. Las categorías de análisis identificadas fueron: a). Estigma y Discriminación vivenciada mas no cumplida; b). Modificación ante la vivencia de muerte, una salida ante la discriminación y c). Estrategia de Afrontamiento.

a) Estigma y discriminación vivenciada mas no cumplida

Los términos Estigma y Discriminación están relacionados con aquello que se muestra como una señal distintiva es impuesta por formulaciones exteriores a la persona misma, en tanto lo que se atribuye a la persona estigmatizada y/o discriminada se toma como una señal indiscutible de no correspondencia a los ideales socialmente establecidos como parámetros, sean estos estéticos, políticos o de salud. Desde sus orígenes la enfermedad está asociada a ciertos grupos sociales caracterizados por los excesos en sus relaciones sexuales promiscuas, adicciones con sustancias inyectables y homosexualidad (ONUSIDA, 2017).

A lo largo de las entrevistas se puede observar el efecto que puede representar para él como portador de VIH/Sida las asociaciones discriminatorias relacionadas con este padecimiento, ya que el entrevistado predispone una reacción social ante el diagnóstico en razón a los atributos dados a la enfermedad. Él es un hombre de 49 años que mantiene relaciones con otros hombres, que paralelamente a su trabajo en un centro de salud, organiza espectáculos travestis y eventos sociales. El principal efecto del estigma son las ideas de ser rechazado, que lo llevan a ocultar su diagnóstico, situación importante y significativa ya que,

al momento de exponer su condición de salud, evidencia sorpresa pues no se encuentra con nada de lo que había imaginado.

“al enterarme de mi diagnóstico, tenía muchos miedos; miedo al qué dirán, miedo a perder mi trabajo, a lo que pensara mi familia, al rechazo de la gente, de mis conocidos...esperaba rechazo por parte de mis jefes, incluso, perder mi trabajo”

“cuando fue necesario hablar con mi jefa que consideraba una persona muy déspota, prepotente, soberbia y homofóbica...increíblemente fue todo lo contrario, ¡mis respetos!, me facilitó todo, habló con mis compañeros y les pidió mucha discreción, y eso fue un aliento de ánimo, encontré el primer apoyo después de decidir hacerlo público”

Éste núcleo de análisis tomado desde la singularidad del caso en cuestión, evidencia lo expuesto por la Organización Panamericana de la Salud (2003) en relación al estigma percibido que motiva a las personas a esconder, si pueden, lo que provoca la estigmatización, lo cual limita el grado en que experimentan la discriminación. Se refiere al *estigma percibido* (que también se ha denominado auto estigmatización y miedo al estigma) como las perspectivas de las personas estigmatizadas respecto a cómo van a reaccionar los demás frente a su estado. El *estigma efectivo* se define como la vivencia real del estigma y la discriminación según el mismo texto aclara, sería mejor denominar *estigma experimentado* que efectivo, pues quien discrimina de todas formas es la misma composición de la sociedad que determina hacer de esa condición una forma de discriminación.

b) Modificación ante la vivencia de muerte, una salida ante la discriminación

En los primeros 10 años a partir del diagnóstico de VIH el entrevistado no asume ningún tipo de seguimiento médico o farmacológico periódicos que permitan pensar en un hacerse cargo de su nueva condición de salud. Por el contrario, comenta que su vida después del impacto del diagnóstico transcurre de manera normal, sin que tuviera ideas de temor o muerte, empero, dado que conjetura las manifestaciones e ideas de discriminación y/o rechazo de las cuales pudiese verse afectado tanto en los entornos laborales o sociales, es por lo que decide no modificar ninguna de sus actividades, al contrario, asume nuevas. Mantiene el silencio de su condición, excepto para con su madre a quien la involucra como albacea de su secreto y promotora de una “vida saludable” a partir del consumo de productos naturistas.

Para este tiempo ni la enfermedad ni el posible desgaste físico, producto del mismo padecimiento, ni la muerte, son consideradas como preocupaciones relevantes para él, pues está enfocado en la realización de una serie de actividades que hacen parte de su cotidiano, mismas que ocupan tanto de la totalidad de su tiempo y energía, notando el exceso de compromisos de los cuales tenía que dar cuenta.

“en ese tiempo me llaman para concursar en el evento de Nuestra Belleza México. Los organizadores me dicen que los participantes debían ser delgadísimas, yo estaba pasado de peso, no podría entrar a ese concurso así, entonces dada la exigencia, tuve que someterme a dietas estrictas y ejercicio, así logre un cuerpo bonito, fui segunda finalista de 31 estados... mi vida era muy activa, social, a parte de mi trabajo en la institución, maquillaba, peinaba, daba espectáculos travestis, daba clases de baile, tenía un trabajo pesado, fuerte y eso me mantenía siempre ocupado, trabajaba hasta quedar agotado, eso me mantenía totalmente sin pensar en nada”.

Paulatinamente el deterioro se hace notorio para él, manifestándose una serie de condiciones físicas como la drástica pérdida de peso, malos resultados de laboratorio, descuido por sus mínimos cuidados necesarios para sobrellevar la enfermedad aunado a un exceso de trabajo que lo lleva al agotamiento, es en éste momento que la expresión del médico resuena fuertemente en él forzando el dar a conocer públicamente, tanto en lo social como laboral, su diagnóstico. Se manifiestan nuevamente sentimientos de tristeza, depresión y miedo, los cuales él los refiere iguales a la vivencia de cuando le dan su diagnóstico por vez primera, pero con una diferencia significativa que precipita el cambio de posición ante su padecimiento, siendo imposible seguir con la estrategia de negación de su padecimiento.

“volví a sentir la pesadilla de la primera vez que me diagnosticaron, la falta de peso era notorio, drástica, y fue cuando decidí informar sobre mi padecimiento a mi familia [...] en estos primeros años (una vez superada la etapa crítica de la enfermedad) me sentía excelentemente bien, aparentando algo que no era”.

El aspecto central para este núcleo de análisis se considera el momento en que el médico le reafirma la inminencia de la muerte. Dado éste nuevo panorama,

le resulta necesario, detenerse y replantear la forma en cómo ha llevado y se ha hecho cargo de su enfermedad.

“inmediatamente me fui a otro estado de la República, a una clínica particular, hacerme mis estudios a escondidas, nuevamente mintiendo sobre mi padecimiento, vuelvo a salir positivo pero esta vez mis cargas virales estaban en cero, mis glóbulos blancos y rojos estaban en cero, todo estaba en cero, en esa misma clínica acudí con el infectólogo, y lo primero que me dijo “estas muy mal, estoy hablando con un muerto porque sólo un muerto tiene cero”, entonces si me asuste muy feo.”

Se puede decir que va de un proceso de negación a uno de aceptación de su condición, lo que resulta interesante es el tiempo tan prolongado de una posición a otra, tiempo que desgasta su condición física hasta llegar a topar con el diagnóstico de muerte, siendo a partir de éste lo que le obliga a determinar una salida, venciendo tanto la negación como los temores ante la posible discriminación.

c) Estrategias de afrontamiento

Tomando como base lo expuesto a lo largo de la entrevista efectuada al sujeto de la investigación se puede identificar que establece diferentes estrategias de afrontamiento en relación al estigma asociado al VIH/Sida, lo cual cobra periodos prolongados de tiempo, hasta llegar a un punto decisivo, pues es sólo a partir de una construcción reflexiva y autocrítica que puede decidir hacer otra cosa, tanto con su enfermedad como con su tratamiento, dejando de negar y asumir que requiere de aceptarla, hacerse responsable de su tratamiento, sus efectos y su nueva condición de vida.

“al inicio...mi petición fue, que esto no debía saberlo nadie, ni mis hermanas, ni mis sobrinos, ni mis jefes, le hice prometerme que nadie sabría...después yo rompí la promesa, porque decidí decirlo sin miedo, sin temor, porque yo ya sentía el cariño de mucha gente... durante el tiempo que oculte mi diagnóstico, me sentía excelente, bien, aparentando algo que no era, no me daba cuenta que eso era una burla para mí, para mis compañeros, jefes, amigos y en general para todos, porque mientras ellos suponían muchas cosas, yo estaba en otro rollo“

“me doy cuenta que ya no es lo mismo, tengo que entender, bueno, no lo quiero aceptar, este problema, este virus es como un cáncer, va comiendo, y no te das cuenta, cuando vienes ver ya te deterioraste, aunque ya no

tengo calenturas o diarreas... me ha costado trabajo adaptarme a este nuevo estilo de vida, ahora prefiero estar en mi casa y salir poco”

Bajo estas estrategias el *optimismo* y *ocupación* sirvieron para no pensar y dejar pasar aspectos más dolorosos y mortíferos de la enfermedad, no obstante, al ser una elección subjetiva es igualmente posible que hubiese elegido lo opuesto, optar por sentirse derrotado o devastado por la enfermedad, su decisión es entonces en pro de preservar ese sentido de la vida. Por otra parte, el entrevistado muestra una confrontación realista y responsable de su actual condición, estableciendo hábitos más sanos que permiten preservar su participación social desde una expectativa sin excesos, manteniendo su tratamiento y seguimiento médico, dando como resultado que pueda anteponerse a sus temores, falsas expectativas de exclusión y estar, como lo expresa, ahora con una vida mucho más relajada.

“fue muy padre porque, encontré el primer apoyo en la persona que menos pensé encontrar, y aparte en mis compañeros pues imagínate, no es por ser presumido, pero me di a querer mucho, y ellos hasta el día de hoy, me siguen apreciando como siempre, como buen compañero, como jefe de ellos, como amigos... Ahora puedo decir que soy como un libro abierto, ya no hay pena, ya no hay temor, hablar del tema es como hablar de cualquier cosa, en cualquier ámbito social, o con cualquier persona, ahora al contrario trato de ayudar a las personas”.

DISCUSIÓN

Para la presente investigación al respecto de estigma y discriminación en una persona que vive con VIH/Sida, se considera de gran relevancia hacer el abordaje desde la fenomenología, ya que a toda persona que se le presente algún padecimiento de concomitancia orgánica no solo estarán presente la atribución de las características nosológicas de la enfermedad sino que por el contrario, se complejizan por la forma en que el sujeto humano tienen una construcción de sí mismo, en cómo se encuentra inserto en la sociedad, así como de las implicaciones del padecimiento consigo mismo y su entorno, es justo a partir de este complejo entramado donde el padecimiento toma su lugar más allá de la esfera biológica, pues involucra lo psíquico, las ideaciones o preconcepciones, en

donde no necesariamente corresponden a la condición social o educativa de quien está atravesando por dicho padecimiento.

Lo anterior permitió acercarse a los aspectos singulares que resaltan las características subjetivas de cada caso. Dado estas particularidades entorno a las decisiones, emociones y lecturas del sujeto sobre su condición se establecen tres núcleos de análisis a saber; a) estigma y discriminación vivenciada mas no cumplida, b) modificación ante la vivencia de muerte, una salida ante la discriminación y c) Estrategias de afrontamiento.

Respecto a los hallazgos del primer núcleo de análisis, se pudo identificar en el discurso del entrevistado que al momento de conocer su diagnóstico de VIH/Sida a pesar de haber sido de gran impacto para él su decisión inicial fue ocultarlo, esto debido a una doble formulación, pues dio por hecho no solo el estigma implicado en la enfermedad sino además el estigma asociado a sus preferencias sexuales, esto involucró tanto su entorno social, familiar como laboral. En su discurso expresa “*tenía muchos miedos*”, miedos asociados a sus ideas sobre las posibles repercusiones a partir de su diagnóstico, esto sintetiza la base de su decisión inicial.

En éste sentido, Goffman (2006) realiza las primeras y aún vigentes referencias sobre el estigma asociado al VIH y como guarda una estrecha relación con lo que él denomina como atributos indeseables para el entorno social, con esto se pone de manifiesto que la relación con el estigma no solo es una marca sobre del cuerpo como señal diferenciadora, sino que a su vez se distancia de ideales sociales, que el mismo autor denomina “expectativas normativas”, las que parecen regular las relaciones humanas en los entornos sociales como sistemas de control de dichas relaciones. Plantea tres tipos de estigma, el primero, las abominaciones del cuerpo relacionadas con distintas deformidades físicas. El segundo, los defectos del carácter, percibidos como falta de voluntad, pasiones tiránicas, creencias rígidas o falsas, en lo que se infiere perturbaciones mentales, sexuales, adicciones, entre otras. Y la tercera son los estigmas tribales, relacionados con la raza, nación o religión, factores hereditarios o condiciones familiares.

Por otra parte los hallazgos identificados en éste estudio coinciden con los de Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández (2018); Oskouie, Kashafi, Rafii, y Gouya, (2017), Monteiro, Villela, Fraga, Soares, y Pinho, (2016) quienes muestran aspectos relevantes en relación al estigma sentido o anticipado mas no vivido, en dichos estudios identifican que las respuestas de los diagnosticados con VIH/Sida manifiestan el secreto como decisión recurrente ante las implicaciones relacionadas con el estigma, el cual está acompañado de temores, incertidumbres, sentimientos de rabia, tristeza, angustia y culpa. Los investigadores afirman también, que debido a estas formulaciones relacionadas con el secreto y ocultamiento conllevan a que las personas con este diagnóstico

aplacen su tratamiento, tanto médico como psicológico, intentando con ello anticipar comportamientos discriminatorios.

El segundo núcleo de análisis hace referencia al proceso de aceptación de su condición de salud pues es obligado a transitar por las vivencias de vida y muerte, lo cual da como resultado el hacerse cargo de su enfermedad, donde es solo ante la vivencia de su muerte como inminente, es que asume un cambio. El entrevistado muestra la necesidad de un tiempo de transición de la negación a la aceptación y lo que ello implica. El entrevistado dice “...*me sentía excelentemente bien, aparentando algo que no era*” señal que le permite identificar el momento de la transición y afrontamiento. En éste sentido, Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, Bermúdez-Román, y Posada-Zapata, 2018 identificaron que los cambios en las condiciones de salud, principalmente relacionadas con lo social, llevan a que se modifique la percepción que tiene el individuo de sí mismo, pues representa asumir un diagnóstico que históricamente es asociado al pecado y la muerte.

Al respecto de la expresión que da significado a la confrontación con la muerte en el entrevistado: “*estas muy mal, estoy hablando con un muerto*”, “”, representa una situación límite, en él genera actitudes de afrontamiento, coincide con los hallazgos de Coppari, Acosta, Buzó, Huerta, y Ortíz (2014) en un estudio sobre calidad de vida y afrontamiento, encontraron que las estrategias de afrontamiento, más utilizadas en estos pacientes predomina el optimismo, la esperanza y la búsqueda de apoyo para enfrentar la enfermedad que concuerdan con los datos encontrados en éste estudio. Sin embargo, es importante considerar que otros estudios muestran como el de Beltrán-De la Rosa, E., Silvera-Tapia, O., Armella, K., Marín-Daza, A., Román-Garrido, A., y Rojas-Jimenez, N. (2016) y Peñaloza-García, Mora-Merchan, Jaimes-Medina y Quintero, (2013) identifican que los pacientes seropositivos muestran un perfil psicológico con un alto grado de ansiedad, niveles significativos de depresión, así como una autoestima baja, un menor apoyo social percibido en las áreas social, laboral, familiar y de amistades.

Finalmente, el tercer núcleo de análisis permitió identificar las diferentes estrategias de afrontamiento que el entrevistado tuvo a lo largo de 22 años, pasando por la negación total del diagnóstico de VIH/SIDA hasta el aceptar hacerse cargo de una manera diferente su nueva condición de salud, su lugar en lo laboral y ante las personas que lo rodean dentro de la sociedad en la que se encuentra inserto, implicaron para él un fuerte proceso físico y mental. Las ideas infundadas por su propia percepción del padecimiento relacionadas con el estigma fueron identificadas a lo largo de su discurso. A modo de ejemplo se puede señalar “*oculte mi diagnóstico, me sentía excelente, bien, aparentando*

algo que no era”, que hay un antes y un después, pero estos movimientos son justamente por el afrontamiento que realiza para salir del propio estigma.

Datos que coinciden con los estudios realizados por Jiménez y Ceballos (2014) y Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández (2018), en donde muestran la existencia de aspectos multifactoriales para el afrontamiento, tomando en cuenta el conocimiento de la enfermedad, las relaciones familiares y la calidad del entorno en la cual radican, esto puede coadyuvar a una mejor confrontación, sin que esto implique que para todos puede ser de la misma manera. Marín, Buitrago, Jaramillo y Gutiérrez (2018), reportan similitudes al referir que el paciente tiene procesos de negación y posterior reconstrucción de su condición social para retornar a una inclusión social, siendo fundamental tanto la forma en que asume su condición de salud como tener el apoyo de las personas afectivamente cercanas e incluso de quienes solo interactúan de manera cotidiana por condición de su trabajo o su desenvolvimiento social.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de las categorías se muestra que la vivencia de una persona portadora tiene relación con el estigma asociado a la enfermedad, las formas de sentir ésta situación como posible mas no vivido, lo que no deja de lado todo el malestar y difícil condición que implicó el estigma y la discriminación para él, pues se trató de una serie de decisiones que involucran desde tener que callar hasta tener que hablar, así como procesos de defensa relacionados con la manera de hacer frente a su padecer, negándolo, sosteniéndose sin apoyos de fármacos hasta darle lugar a las exigencias que su propio cuerpo le exigió.

Al pretender tener una vida sin VIH/Sida se topa con la necesidad de armar una red social que lo sostenga, una manera de involucrarse en una diversidad de actividades que le permiten la pretensión de hacer como si no tuviera el padecimiento, esto solo se pone de manifiesto por el propio desgaste del cuerpo. Todos estos procesos hacen pensar en las fortalezas humanas, la enorme creatividad psíquica para el manejo de los propios afectos y padeceres, pero sobre todo la necesidad de poder contar con una red social que no invalide una decisión legítimamente humana, la de vivir.

El mayor aporte de las investigaciones de este tipo es el acercamiento a la particularidad humana, la que rompe con la idea de la serie, pues la estrategia empleada por el entrevistado solo es posible de pensarse en él y no como una fórmula que alguien deba de repetir, no obstante, aspectos como la implicación del cuerpo y la necesidad de un manejo de los afectos consigo mismo y con quienes le rodean puede determinar la diferencia, de asumir la enfermedad de

manera digna o dejarse invadir por los propios temores, recrudesciendo así el estigma asociado a la enfermedad, sea esta vivida o sentida.

Para esta investigación un abordaje fenomenológico permitió conocer y aprehender la experiencia del otro, ver el complejo entramado de las estructuras internas más significativas con la finalidad de comprender como vive el fenómeno del estigma y la discriminación. En el área de la salud es fundamental esta comprensión, pues pese a la singularidad del caso expuesto, se requiere de tener referentes propios a los contextos socioculturales, que posibiliten la construcción de intervenciones más acordes a los espacios reales.

Todo lo anterior aporta a la construcción de estrategias para la intervención, pues el VIH/Sida es un padecimiento que está aún lejos de ser erradicado y mucho menos controlado, al contrario, sigue siendo la enfermedad de mayor contagio a nivel mundial, es por ello que se considera necesario el desarrollo de investigaciones cualitativas e interdisciplinarias, las cuales permitan un mayor abordaje y profundidad a esta condición del VIH/Sida, pues se requiere saber del cuerpo y también de sus implicaciones psíquicas.

LITERATURA CITADA

- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beltrán-De la Rosa, E., Silvera-Tapia, O., Armella, K., Marín-Daza, A., Román-Garrido, A., & Rojas-Jimenez, N. (2016). Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud. *Revista de Psicología GEPU*, 7 (1), 40-71
- Bermúdez-Román V., Bran-Piedrahita L., Palacios-Moya L. & Posada-Zapata I. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública Mex* 2015; 57:252-259.
- Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., Bermúdez-Román, V., & Posada-Zapata, I.-C. (2018). Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, (76), 57-74. <https://doi.org/10.29101/crcs.v25i76.4336>
- Cedeño Suárez, María Agustina (2001). Aportes de la investigación cualitativa y sus alcances en el ámbito educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. [fecha de Consulta 18 de Diciembre de 2019]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=447/44710105>

- Centro Nacional para Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA], (2018). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Día Mundial del Sida 2018. Consultado el 01/08/2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Coppari, N., Acosta, B., Buzó, J., Huerta, P. N., & Ortíz, V. (2014). Calidad de vida y afrontamiento de pacientes con cáncer y sida de Paraguay. *Salud & Sociedad*, 5(1), 82-96. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0001.00005>
- Cruz M. & Carita J.C., (2014). Estigma y discriminación según la adherencia al Targa en portadores del VIH-SIDA Hospital Goyeneche Arequipa. *Investigación Andina* 13 (1).
- Fernández M., Barbosa M. y Muñoz L., (2010). Texto Contexto Enferm, Florianópolis. Jan-Mar; 19(1): 112-9.
- Goffman, I. (2006). Estigma: La identidad deteriorada. 10° reimp. Ed. Amorrortu. Argentina
- Guevara-Sotelo, Y., & Hoyos-Hern, P. A. (2018). Vivir con VIH: Experiencias de estigma sentido en personas con VIH (Living with HIV: Stigmatizing experiences in people with HIV). *Psicogente*, 21(39), 127-139. <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.282>.
- Jiménez, M., & Ceballos, G. (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta – Colombia. *R.F.S Revista Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana*, 6, 27-33.
- Marín, J. A. L., Buitrago, L. F. M., Jaramillo, D. M. S., & Gutiérrez, C. C. R. (2018). *Percepción del paciente VIH frente a barreras y herramientas de afrontamiento al momento del diagnóstico*. Tesis sin publicar.
- Sontag, S. (1989). AIDS and its Metaphors. E. Harmondsworth. Allen Lene.
- Souza Minayo, Maria Cecília de (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamenta la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 3(4), 561-575. doi: 10.18294/sc.2017.942
- Oskouie, F., Kashеfi, F., Rafii, F., & Gouya, M. M. (2017). Qualitative study of HIV related stigma and discrimination: What women say in Iran. *Electronic Physician*, 9(7), 4718-4724. <https://doi.org/10.19082/4718>
- Patton, C. (1985). Sex and Germs: The politics of AIDS. E. Boston, South and Press.
- Peñaloza-García, M., Mora-Merchan, M. A., Jaimes-Medina, A. Y., & Quintero, A. I. (2013). Percepción de la muerte en personas portadoras del virus de

la inmunodeficiencia humana (VIH) en situación de Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). *Revista Ciencia y Cuidado*, 10(1), 11-18. <https://doi.org/10.22463/17949831.27>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida [ONUSIDA], (2018). Hoja informativa- Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de Sida. Consultado el 01/08/2019. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/UNAIDS_FactSheet

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida [ONUSIDA], (2017). *Confronting discrimination. Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond*. Consultado el 01/08/2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/confronting-discrimination>

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. *Diccionario de la lengua española [RAE]*, (2014). 23.^a edición. Consulta: noviembre 10, 2017 Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DtHwzw2> [Consulta: 2 de octubre 2017].

Taylor, SJ. y Bogdan R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Paidós. España.

Villaroel, G. (1999), *Las vidas y sus historias: cómo hacer y analizar historias de vida*. Ed. Psicoprisma. España.

Zafra-Tanaj JH & Ticona-Chávez E. (2016). Estigma relacionado a VIH/Sida asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú. *Rev Peruana de Medicina experimental y Salud Publica*. [S.l.], p. 625-632, dic. 2016. ISSN 1726-4642. Consulta: noviembre 10, 2017 Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2544>>. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>.

SÍNTESIS CURRICULAR

Lucely Maas Góngora

Doctor en Ciencias de Enfermería por la UNT, Perú. Profesor Investigador Titular de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del CA Consolidado “Enfermería Salud y Educación” con la LGAC: “Cuidado

de enfermería y procesos educativos”, temática: Conductas Sexuales de Riesgo. Autor y coautor de diversos artículos de investigación, capítulos de libro y libros. Reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) y Candidata a Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: lucelymaas@hotmail.com

Lubia del Carmen Castillo Arcos

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor Investigador Titular de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del CA Consolidado “Enfermería Salud y Educación” con la LGAC: “Cuidado de enfermería y procesos educativos”, temática: Conductas Sexuales de Riesgo. Autor y coautor de diversos artículos de investigación, capítulos de libro y libros. Reconocimiento Perfil PRODEP y Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: lubiacastilloa@gmail.com

Andrés Cerón Salazar

Psicólogo P.U. Javeriana de Bogotá, Colombia, Maestro en Habilidades de Inteligencia Directiva por COLINDE México; y por parte del Grupo de Estudio Psicoanalítico de Ciudad del Carmen, Psicoanalista. Profesor-Investigador de tiempo completo en la UNACAR. Líder de la Academia de Instrumentos de Psicodiagnóstico en el P.E. de Psicología Clínica. Ha participado en diferentes investigaciones y artículos de forma interdisciplinaria. Sus Líneas de investigación son: Desarrollo del Pensamiento Complejo y la de Sexualidad y Salud Mental. Perfil PRODEP desde 2009 a la fecha. Correo electrónico: aceron@pampano.unacar.mx; ceronandres@hotmail.com

Juan Yovani Telumbre Terrero

Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante de Cuerpo Académico Consolidado “Enfermería, Salud y Educación” con la LGAC “Cuidados de Enfermería y Procesos Educativos” bajo la temática Prevención de Adicciones. Autor y coautor de diversos artículos de investigación, capítulos de libro y libros. Reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) e integrante de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau Capítulo Sigma Theta Tau. Correo electrónico: jtelumbre@pampano.unacar.mx

Manuel Antonio López Cisneros

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor Investigador de Tiempo Completo y Gestor del Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Perfil PRODEP, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1, Integrante del CA Consolidado “Enfermería Salud y Educación” con la LGAC: “Cuidado de Enfermería y Procesos Educativos”, temática: Adicción a Drogas Lícitas e Ilícitas. Autor y coautor de múltiples artículos y capítulos de libros, Conferencista en eventos científicos nacionales e internacionales. Correo electrónico: mlcisneros@hotmail.com

EFFECTO DEL CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO EN EL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN ADOLESCENTES

EFFECT OF PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL ON ILLICIT DRUG USE IN ADOLESCENTS

Jesica Guadalupe **Ahumada-Cortez**¹; Francisco Rafael **Guzmán-Facundo**²; Mario Enrique **Gámez-Medina**³ y Carolina **Valdez-Montero**⁴

Resumen

El Control Conductual es el concepto que mejor predice la conducta del consumo de drogas, definido como la creencia personal acerca de la capacidad de controlar las dificultades o facilidades existentes para consumir alguna droga. El objetivo fue verificar la relación entre el control conductual percibido y el consumo de drogas en adolescentes que estudian en preparatoria, bajo la hipótesis: Los adolescentes que han consumido alguna droga evidencian puntuaciones más altas de bajo control conductual que aquellos que no han consumido. Se realizó un estudio descriptivo correlacional con 443

adolescentes del área metropolitana de Monterrey, N.L. Se aplicó el instrumento Encuesta de Adolescentes para el Consumo de Drogas y Control Conductual. La Prueba de U de Mann-Whitney ($U=1482.0$, $p<.001$) mostró que los adolescentes que han consumido drogas tienen significativamente puntuaciones más altas ($M= 22.96$, $Mdn=15.54$) de bajo control conductual que los adolescentes que no han consumido drogas ($M=2.47$, $Mdn=1.00$). El control conductual explica su efecto en el consumo de drogas alguna vez en la vida ($R^2=27\%$).

Palabras clave: conducta adictiva, adolescentes, intención, drogas ilícitas, abuso de drogas (DECS).

¹ Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

² Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Dirección: Ave. Gonzalitos #1500 nte, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México.

³ Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

⁴ Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

Abstract

The drug phenomenon is considered a serious public health consequence that affect the health of individuals. Studies report that the Behavioral Control is the concept that best predicts the behavior of drug use, defined as personal beliefs about the ability to control the difficulties existing facilities or to consume any drugs. The objective was to verify the relationship of behavioral control over drug use in adolescents studying in school, under the hypothesis: Adolescents who have consumed any drugs show significantly higher scores on behavioral control than those who have not

consumed. A descriptive correlational study was conducted in 443 adolescents in the metropolitan area of Monterrey, NL. The Adolescent Survey instrument for Drug Control and Behavioral applied. The test of Mann-Whitney U ($U=1482.0$, $p<.001$) showed that adolescents who have used drugs will have significantly higher scores ($M= 22.96$, $Mdn = 15.54$) of low behavioral control than adolescents who have not used drugs ($M= 2.47$, $Mdn = 1.00$). Behavioral control explained its effect on drug use at some time in life ($R^2 = 27\%$).

Key words: drug use, teen, intention, behavioral control, drug abuse.

INTRODUCCIÓN

El consumo de las drogas es considerado un grave problema de salud pública de acuerdo al informe mundial de drogas (2019), menciona que cerca de 271 millones de personas en el mundo han usado drogas en el último año (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC, 2019]), lo que representa el 5.5% de la población general con edades entre los 15 y los 64 años, donde de esta proporción, 31 millones presentaron algún tipo de trastorno relacionado con el uso de las sustancias. Las consecuencias relacionadas a este tipo de consumo son de tipo físicas, psicológicas y sociales que afectan la salud de los individuos: algunas de las consecuencias físicas pueden ser: paro cardíaco y respiratorio, convulsiones, malnutrición, hepatitis, así como el incremento en el riesgo de accidentes y de adquirir enfermedades de transmisión sexual (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008). En relación a consecuencias psicológicas puede presentarse psicosis, ansiedad, paranoia y síntomas depresivos. El abuso de drogas además puede ocasionar, en el ámbito escolar fracaso escolar y en el área social desarrollar conductas delictivas (National Institute on Drug Abuse [NIDA] 2010).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) en México se reporta que el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida aumentó de 3.3% en el 2011 a 6.4% en el 2016 en población de 12 a 17 años, y en el último año paso de 1.5% al 2.9%, donde la principal droga de consumo es la marihuana con un 5.3%. Por sexo se reporta que el consumo en el último año en los hombres incrementó del 2.0% en el 2011 al

3.1% en el 2016 y en las mujeres paso del 0.6% al 2.1%. En relación a población escolar la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) reporta que la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de secundaria y preparatoria es de 17.2% en la población total, en la prevalencia del último año refiere que el 12.2% ha consumido y el 6.7 en el último mes, donde el 18.6% de los hombres y el 15.9% de las mujeres han consumido cualquier droga ilícita alguna vez en la vida. En relación al tipo de droga que reportan los adolescentes escolares sobre la droga de preferencia se encuentra la marihuana con un 12.9%, seguida por los inhalables con un 5.9%, la cocaína (4.2%), los tranquilizantes (3.2%) y por último las anfetaminas (2.3%).

La literatura menciona que la adolescencia es un período clave en el desarrollo del ser humano, donde se incrementa el riesgo de realizar conductas no saludables como es el uso o abuso de sustancias como lo son las drogas lícitas e ilícitas, esto en relación a que en esta etapa se inician las primeras transiciones en la vida de los adolescentes, con ello, los adolescentes experimentan nuevas situaciones académicas y sociales, como el aprender a socializar con un número mayor de personas, el confrontar desafíos emocionales y al mismo tiempo pueden estar más expuestos a las drogas (Maturana, 2011; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2004).

El consumo de drogas en los adolescentes se asocia con diversos factores de riesgo, que estos a su vez incrementan la probabilidad de uso o abuso de dichas sustancias. Dentro de los factores de riesgo se encuentran el bajo autocontrol, tener amigos consumidores, familias disfuncionales, la permisividad socio-familiar sobre la conducta de consumo, la baja percepción de las consecuencias y la percepción de control sobre el consumo, estar expuestos al consumo de drogas en el hogar, los rasgos personales de los individuos, entre muchos otros (Díaz & García, 2008; Mendoza & Vargas, 2017; Pascual, 2002; Pedrero & Rojo, 2008).

Un aspecto que está directamente relacionado al consumo de drogas es el control conductual percibido, definido como la creencia personal acerca de la capacidad de controlar las dificultades o facilidades existentes para consumir alguna droga (Ajzen, 1991). La teoría que explica la influencia directa de éste sobre el consumo de drogas es la Teoría de la Conducta Planeada, la cual plantea que la causa más inmediata del uso de drogas son las intenciones del individuo respecto a consumirlas o no. Estas intenciones están determinadas a su vez por tres componentes; por una parte, las actitudes hacia el consumo, por otra, las creencias normativas o norma subjetiva y el control conductual percibido, último componente introducido en la teoría, que contribuyen junto con la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva a predecir la intención conductual (Ajzen, 1998; Ajzen, 2002).

Existe evidencia empírica sobre la influencia del control conductual percibido con las intenciones y el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes escolarizados. En México se han publicado artículos donde reporta la predicción de los conceptos de la Teoría de la Conducta Planeada sobre el consumo de drogas en adolescentes en el estudio de Guzmán, García, Aguilar y Alonso, 2014, menciona que el control conductual percibido mostró efecto sobre el consumo de drogas, es decir que los jóvenes que presentaban mayores creencias de falta de control para resistir el consumo mayor era la probabilidad tanto de mostrar intenciones de consumo o de iniciar el consumo mismo; en otro estudio realizado por Morell-Gomis, Moriano, Laguía, Dias y Lloret (2018), en adolescentes con edades entre 15 y 18 años, encontraron que la intención de consumo de marihuana fue el componente que mejor predijo el consumo de marihuana en los adolescentes, en relación al control conductual se presentó un efecto directo hacia la conducta de consumo, sin embargo el efecto fue bajo. Abad, Jadgal y Movahed (2017) realizaron un estudio en adolescentes hombres donde querían conocer sobre comportamientos de prevención del abuso de drogas y encontraron que los adolescentes presentaron puntajes muy bajos de control conductual percibido y de intención de conductas preventivas para el consumo, es decir, los adolescentes se percibían con bajo control conductual percibido e intención para llevar conductas preventivas, lo que los posicionaba en riesgo para el consumo de drogas. Por sexo se menciona que el control conductual percibido es mayor en los hombres en comparación con las mujeres (Guzmán et al., 2014). La mayoría de los estudios refieren que el Control conductual percibido es el concepto que mejor predice la conducta del consumo de drogas. Al identificar este concepto en la población, se puede buscar el impacto directo en la conducta e integrarlo en la creación de los programas preventivos para cambiar las actitudes hacia el consumo de drogas, además de reforzar las habilidades de rechazo y autocontrol ante la presión y/u ofrecimiento de drogas por sus pares (Conner & Mcmillan, 1999; Norman & Conner, 2006; Olivar & Carrero, 2007; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero & Gómez, 2007; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero & Gómez, 2011 Saiz, 2009).

Por lo anterior se considera de gran relevancia estudiar a los adolescentes que se encuentran en preparatoria, ya que debido a su inmadurez y a la falta de desarrollo cognitivo los hace más vulnerables para convertirse en dependientes a las sustancias con mayor rapidez que los adultos (Álvarez, 2004; Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006; Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008; Romer, Duckworth, Sznitman & Park, 2010). Los resultados de este estudio generarán mayor conocimiento a la disciplina de enfermería sobre el control conductual percibido que los adolescentes de preparatoria tienen para el consumo de drogas ilícitas y en un futuro servirán de base para programas preventivos.

El presente estudio pretende verificar la relación del control conductual sobre el consumo de drogas en adolescentes que estudian en preparatoria, bajo la hipótesis: Los adolescentes que han consumido alguna droga muestran significativamente puntuaciones más altas de bajo control conductual que aquellos que no han consumido. Además de describir el control conductual por sexo.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal (Grove & Gray, 2019), los participantes fueron 443 adolescentes de una preparatoria pública del área Metropolitana de Monterrey. La población del estudio estuvo conformada por 1378 adolescentes de una preparatoria pública de una Universidad Pública del área Metropolitana de Monterrey. La determinación del tamaño de la muestra se estimó a través del programa N'Query Advisor (Elashoff, 2007), considerando que el principal parámetro a estimar es una proporción (p), con un nivel de confianza del 95%, con límite de error de estimación de .04, para un enfoque conservador de 50% ($p=q=1/2$) y considerando una población de 1378, dando como resultado una muestra de 414, sin embargo se consideró un 5% de tasa de no respuesta dando como muestra final 443 adolescentes.

Para medir las variables que integraron este estudio, se utilizaron dos instrumentos y una cédula de datos personales para conocer los datos sociodemográficos. El primer instrumento midió el control conductual percibido y el segundo midió el consumo de drogas. El primer instrumento que está basado en los conceptos de la Teoría de la Conducta Planificada, fue elaborada por Rodríguez (Rodríguez et al., 2007) originalmente el instrumento mide actitudes, normas subjetivas, control conductual percibido e intenciones para el consumo de drogas. Para fines de este estudio solo se tomó lo que corresponde a Control conductual percibido.

El Control conductual percibido se mide por medio de dos escalas, la primera referida a situaciones que facilitan o dificultan el usar drogas, con 15 preguntas del tipo: En los últimos seis meses, ¿Con que frecuencia has convivido con amigos que consumen drogas? con cinco opciones de respuestas de frecuencia (Nunca, Casi nunca, A veces, Con frecuencia, Con mucha frecuencia). La segunda, relativa al Control conductual percibido propiamente dicho en las situaciones anteriores, a través también de 15 preguntas como la siguiente: ¿Probarías alguna droga si convivieras con amigos que están usando drogas?, con opciones de respuesta tipo Likert (“no la probaría”, “no sé”, “tal vez la probaría” y “seguro la probaría”).

Para obtener el Control conductual percibido en primer lugar se calcularon los índices de las Creencias de Control y de la Fuerza Percibida del Control, posteriormente el Control conductual percibido fue resultado de la multiplicación de estos índices divididos entre 100. Lo que permite tener valores que van de 0 a 100, donde la interpretación indica que a mayor puntuación menor es el Control Conductual para resistir el consumo de drogas.

El segundo instrumento es el historial del consumo de drogas, este instrumento consta de 5 preguntas las cuales cuestionan sobre el uso de drogas alguna vez en la vida, en el último año y en los últimos 30 días, así como el número de días de consumo en los últimos treinta días, este instrumento se tomó de la cédula para medir dependencia de drogas publicadas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (Secretaría de Salud [SS], 1999).

El presente proyecto fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, posteriormente se pidió la autorización a los directivos de una preparatoria pública del área Metropolitana de Nuevo León. Para la selección de los sujetos de estudio se pidieron las listas de los grupos y se les asignaron números, posteriormente se aleatorizaron mediante el programa Excel para tomar la muestra deseada, una vez que se identificaron los participantes se procedió a localizarlos de acuerdo al aula en donde se encontraban e invitarlos a participar en el estudio el día, la hora y el lugar que las autoridades de la institución lo indicaron.

Ya contactados los participantes se les solicitó su consentimiento y asentimiento informado firmado por sus padres y por ellos, posteriormente se les explicó el objetivo y la importancia de su participación, con énfasis en la confidencialidad (Secretaría de Salud [SS], 1987). Los instrumentos se aplicaron en un lapso de 20 a 25 minutos por medio de una encuesta autoaplicada, para esto se buscó un lugar amplio y tranquilo a fin de guardar la privacidad del participante. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, para dar cumplimiento a los objetivos e hipótesis.

RESULTADOS

De acuerdo a las características de la población estudiada, el 51.2% de los participantes eran mujeres y el 48.8% hombres, con una edad en promedio de 15 años de edad ($DE=.642$), así mismo se observó en la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors para variables continuas, que las variables de estudio no presentaron una distribución normal, por lo que se decidió el uso de la estadística inferencial no paramétrica para responder los objetivos e hipótesis (Tabla 1).

Tabla 1. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables continuas; edad, creencias de control, fuerza percibida y control conductual percibido

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>		<i>D</i>	<i>Valor de p</i>
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>		
Edad	15.64	16.00	.642	15	18	.287	.001
Creencias de control	16.04	11.66	15.97	.00	88.33	.161	.001
Fuerza percibida	10.63	1.66	19.49	.00	95.00	.293	.001
Control conductual	3.95	.00	10.95	.00	79.50	.359	.001

Nota: $n=443$.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida, en último año y en el último mes, los resultados muestran que el 7.2% (IC95%, 4.8-9.6) de los adolescentes entrevistados han consumido alguna droga alguna vez en la vida. El 4.3% mencionó consumir en el último año y el 1.6% en el último mes. Es importante destacar que la droga ilegal de preferencia entre los adolescentes fue la marihuana (6.1% [IC95%, 3.8-8.3]), seguida de los inhalantes (1.8% [IC95%, 0.5-3.0]) y la cocaína (1.1% [IC95%, 0.1-2.1]). Por sexo los resultados reportaron diferencias significativas de prevalencia de consumo de droga alguna vez en la vida, con mayor prevalencia en hombres (10.6%) que en

mujeres (4.0%). Por edad, las prevalencias de consumo no mostraron diferencias significativas.

En relación a las creencias del control sobre el consumo de drogas, medidas a través de la percepción de presencia de situaciones que pueden facilitar el consumo de drogas, las más frecuentes fueron las siguientes: Pensar que conocen lo suficiente sobre los efectos de las drogas (33%), creer que se pueden conseguir fácilmente (15.2%), tener dinero para comprarla (13.9%), ir a fiestas, conciertos, antros, en los cuales es posible que haya droga (11%) y estar con amigos mientras la usan (8.5%). La fuerza percibida, medida en el sentido de controlar el consumo de drogas en situaciones que la facilitan. Los resultados indican que las situaciones donde los adolescentes muestran menor fuerza son: tener curiosidad (9.1%), conocimiento sobre efectos agradables (8.6%), que no exista riesgo de ser sorprendido (7.9%), estar en situaciones que permitan seguridad (7.9%) y el estar acompañado por alguna persona de confianza (7.2%).

Para verificar la hipótesis que menciona: Los adolescentes que han consumido alguna droga muestran significativamente bajo control conductual que aquellos que no han consumido, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, los resultados se presentan en la Tabla 2. Los resultados muestran diferencias significativas de las situaciones que favorecen el consumo destacando que los adolescentes que han consumido drogas alguna vez en la vida tienen medias y medianas más altas que aquellos que nunca han experimentado el consumo.

Tabla 2. Prueba de U de Mann-Whitney para las variables de creencias de control, fuerza percibida y control conductual por consumo de drogas alguna vez en la vida

Variable	Alguna vez en la vida	N	M	Mdn	DE	U	Valor de p
Creencias de Control	No	411	13.97	10.00	13.64	1307.5	.001
	Si	32	42.60	38.33	19.74		
Fuerza Percibida	No	411	8.09	.000	15.57	1796.5	.001
	Si	32	43.28	49.16	32.03		
Control Conductual	No	411	2.47	.000	7.89	1482.0	.001
	Si	32	22.96	15.54	22.05		

Nota: n=443.

Fuente: Elaboración propia.

Para conocer el efecto del control conductual percibido sobre el consumo de drogas alguna vez en la vida se realizó un modelo de regresión logística que dio como resultado una varianza explicada del 27% ($\beta=.081, p<.001$) (Figura 1).

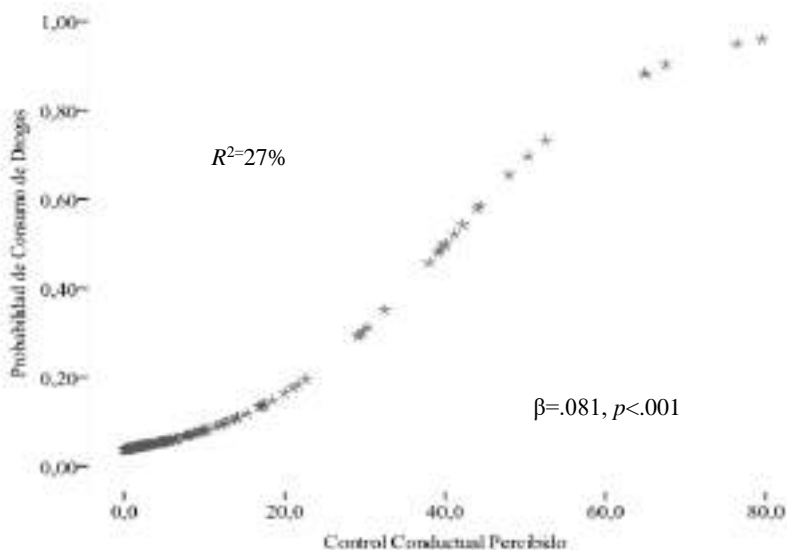


Figura 1. Efecto del control conductual percibido sobre el consumo de drogas.

Fuente: Elaboración propia.

Para describir el control conductual por sexo se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes, los resultados destacan diferencias significativas en las creencias de control por sexo ($U=21063.5, p<.010$), donde los hombres tienen medias y medianas más altas que las mujeres. En cuanto a la fuerza percibida y control conductual no se encontraron diferencias significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de U de Mann-Whitney para el constructo de creencias de control, fuerza percibida y control conductual por sexo

	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Creencias de control						
Mujer	227	14.37	8.33	14.90	21063.5	.010
Hombre	216	17.79	13.33	16.87		

Fuerza percibida						
Mujer	227	10.27	.00	18.49	24242.0	.853
Hombre	216	11.01	1.66	20.52		
Control Conductual						
Mujer	227	3.36	.00	9.44	23710.5	.520
Hombre	216	4.57	.04	12.34		

Nota: $n=443$.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió verificar el concepto del control conductual percibido (creencias de control y fuerza percibida) relacionado con el consumo de drogas ilícitas en 443 adolescentes de una preparatoria pública del área metropolitana de Monterrey, N.L.

En primer lugar los resultados mostraron empíricamente los constructos que conforman el control conductual percibido, por una parte al cuestionar sobre creencias de control, los adolescentes mencionaron factores externos como situaciones que pueden facilitar el consumo de drogas tales como: que piensan que conocen lo suficiente sobre los efectos de las drogas, creen que se pueden conseguir las fácilmente, tienen suficiente dinero para comprarlas, han asistido a fiestas, conciertos, antros donde hay drogas y han estado con amigos mientras usan drogas.

Por otra parte de acuerdo a la fuerza percibida los adolescentes mostraron que las situaciones donde se tiene menos control de resistir el consumo de drogas son factores principalmente internos como: cuando se tiene curiosidad por conocer los efectos, cuando se conoce sobre efectos agradables, cuando no exista riesgo de ser sorprendido, estar en situaciones seguras y estar acompañados por una persona de confianza.

Ajzen (2002) menciona que la distinción entre factores externos y factores internos que favorecen una conducta puede tener implicaciones importantes dado que explica que el éxito o el fracaso sobre el consumo de drogas atribuido al adolescente es cuando las causas se perciben por factores internos, pero no así cuando se percibe por causas o factores externos. Lo que implica que factores

externos pueden estar fuera del control voluntario del adolescente e influir directamente en la conducta.

Al observar la variable de control conductual por edad y sexo no se mostraron diferencias significativas, lo que pone de manifiesto que en esta población estudiantil las capacidades de resistir el consumo de drogas en diferentes situaciones donde se puede favorecer el consumo de drogas no es afectado por ser hombre o mujer y por edad, esto puede estar explicado por las características homogénea de esta población. Sin embargo al observar las diferencias del constructo creencias de control mostró diferencias significativas por sexo destacando que los hombres tienen mayores creencias de control que las mujeres, lo que indica que los hombres están más expuestos a situaciones que favorecen el consumo de drogas, tales como ir al antro o a fiestas, estar con amigos mientras usan drogas. Esto es posible que este dado por la naturaleza del hombre en la sociedad, donde es permitido que el hombre se exponga a situaciones de riesgo. Además la literatura menciona que en los hombres el riesgo principal está vinculado con el tipo de comportamiento y socialización que entre ellos mismos fomentan, ya que muchas de las veces en esta edad los hombres “prueban y ensayan los papeles de macho” y realizan comportamientos que pueden considerarse “viriles” esto como una forma de demostrar su hombría (Maturana, 2011).

La prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida fue del 7.2%, mostrando mayor prevalencia del consumo en el sexo masculino. Estos resultados son superiores de acuerdo a lo reportado en población de 12 a 17 años en la ENCODAT (2017), sin embargo al comparar la prevalencia encontrada con lo reportado por la ENCODE (2014) en población escolar de secundaria y preparatoria esta cifra queda por debajo de lo reportado en dicha encuesta. Estos resultados deben ser considerados como relevantes, dado por las consecuencias y daños que provocan el consumo de drogas en el organismo y por los problemas sociales que actualmente enfrenta el país. Aunado que en la etapa de adolescencia debido a la inmadurez y desarrollo de los individuos los hace más vulnerables para convertirse en dependientes a las sustancias con mayor rapidez (Medina, Peña, Cravioto, Villatoro & Kuri, 2002).

La droga más consumida fue la marihuana, resultado que concuerda con los reportes nacionales y mundiales (ENCODAT, 2017; ENCODE, 2014), además concuerda con los datos reportados por Guzmán et al, 2014. Esta situación podría relacionarse con la valoración que los adolescentes hacen a la marihuana pues la asumen como la menos nociva al contrastarla con otras drogas ilícitas. Incluso se le atribuye propiedades curativas y la consideran una sustancia natural (Guzmán & Pedrão, 2008). Las otras drogas de consumo referidas por los adolescentes son los inhalantes y la cocaína como tercera opción, datos que concuerdan con la ENCODAT (2014) donde menciona que los estudiantes de

bachillerato reportan como drogas de preferencia la marihuana seguida por los inhalables, además concuerda con lo reportado por NIDA (2017) que menciona que este tipo de droga es mayormente consumida por niños y adolescentes, esto podría deberse por el fácil acceso que se tiene a este tipo de sustancias, ya que pueden comprarse fácilmente y que normalmente se pueden encontrar en el hogar.

Las diferencias por sexo indican lo referido en la ENCODAT, 2017 y ENCODE, 2014, donde muestra que existen prevalencias de consumo más altas en el sexo masculino, esto se explica por cuestiones culturales donde el hombre tiende a experimentar prácticas más riesgosas en comparación con las mujeres (Chávez-Hernández, García, Báez & Álvarez, 2008). Estos resultados pueden explicarse dado que los hombres como se explicó anteriormente están expuestos a mayor situaciones donde se favorece el consumo de drogas.

En lo que respecta a la hipótesis que señala que los adolescentes que han consumido alguna droga muestran significativamente bajo control conductual que aquellos que no han consumido, los resultados mostraron que los adolescentes que habían consumido alguna droga perciben menor capacidad de autocontrol (control conductual) ante situaciones que podrían propiciar el consumo que aquellos adolescentes que no habían consumido. Cabe destacar que las situaciones en que se refleja mayor riesgo de favorecer el consumo de drogas fueron: el estar con amigos mientras las usan, estar en situaciones que puedan sentirse seguros para usarlas, pensar que los efectos son agradables, usarlas sin ser sorprendido e ir a fiestas, conciertos y raves donde es posible que haya drogas, en cambio las situaciones que ellos perciben como mayor riesgo para no resistir el consumo de drogas son: cuando están en situaciones que permitan seguridad, convivir con amigos que estén usando drogas, si tuvieran suficiente información sobre sus efectos, tener dinero para comprarla y que no exista el riesgo de ser sorprendido.

Lo anterior muestra que los adolescentes que ya han consumido tienen bajo control conductual, es decir, manifiestan poca capacidad para rechazar el uso de drogas ante dichas situaciones que reflejan que los adolescentes están conscientes del riesgo que implica el consumir drogas. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Rodríguez et al., 2007, donde se destaca la baja percepción de capacidad de autocontrol referida por el adolescente, y con lo encontrado en el estudio de Guzmán et al., donde menciona que los jóvenes que mostraron mayores creencias de falta de control para resistir el consumo de drogas en situaciones que faciliten el consumo, mayor es la probabilidad de presentar intenciones sobre el consumo de drogas y/o de iniciar el consumo de sustancias.

La confirmación de los postulados de la Teoría de la Conducta Planeada que menciona que cuando el control conductual afecta a la conducta

directamente, se asume que la conducta está totalmente fuera del control volitivo del joven y ésta medida refleja el grado de control real del joven sobre la posibilidad de consumir drogas (Díaz & García, 2008). Se han encontrado resultados que confirman en estudios anteriores al tratar de explicar el consumo de alcohol (Norman & Conner, 2006), tabaco (Mcmillan & Conner, 2003), cocaína (Saiz, 2009), marihuana (Olivar & Carrero, 2007; Jalilian, Mirzaei-Alavijeh, Ahmadpanah, Mostafaei, Kargar, Pirouzeh, Bahmani & Brand, 2020) destacando explicaciones del 13% al 34% del consumo de estas sustancias por el control conductual. Guzmán et al., (2014) mostró resultados similares al tratar de explicar el consumo de drogas en jóvenes marginales. Lo que pone de manifiesto, que el adolescente de preparatoria es un personaje que debe considerarse para futuras intervenciones dado que se evidencia sentirse incapaz de controlar las situaciones que facilitan el consumo de drogas y como resultado tenderá a iniciar su consumo al no poseer un control conductual consciente (Osorio, Ortega & Pillon, 2004).

El actuar de enfermería tiene como objetivo principal la prevención y la promoción de la salud de los individuos, es por ello que los resultados del presente estudio contribuye a la formación de conocimiento científico que en un futuro servirá de base para la creación de programas preventivos que incluyan la variable control conductual en el consumo de drogas ilícitas, previniendo y retrasando la edad de inicio del consumo. Una de las limitaciones del presente estudio es que se realizó solo en adolescentes escolarizados, sería conveniente replicarlo en otras poblaciones y en otros grupos de edades.

LITERATURA CITADA

- Abad, S. S. M. M., Jadgal, K. M., & Movahed, E. (2017). Application of Planned Behavior Theory to Predict Drug Abuse Related Behaviors. *Journal of Community Health Research*, 6(1), 44-52.
- Ajzen I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4): 665-683.
- Álvarez, B. J. (2004). Los jóvenes y sus hábitos de salud. Eds Trillas. Cd. México.

- Ávila, M. M. (2004). Factores de riesgo y consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de bachillerato. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(001), 55-61.
- Chávez-Hernández, A., García, L., Báez, A., & Álvarez, E. (2008). Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. *SEMERGEN*. 34(8): 392-399.
- Conner, M. & Mcmillan, B. (1999). Interaction effect in the theory of planned behavior: studying cannabis use. *The british journal of social psychology*, 38: 195-222.
- Díaz, B. & García, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Pública*, 24(4): 223-232.
- Elashoff, J. D. (2007). nQuery Advisor (Versión 7.0) [Software de computación]. Los Angeles, CA: Statistical Solutions LTD.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. Evidencia para la política pública en salud. 2012.
- Grove, S. K. & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. España: Elsevier.
- Guzmán, F. F. R., García, S. B. A., Rodríguez, A. L., & Alonso, C. M. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera del Norte*, 26(51), 53-74.
- Guzmán, F. F. & Pedrão, L. (2008). Factores de riesgo personales e interpersonales en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles. *Rev. Latinoam.enferm*, 16:368-374.
- 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. Villatoro-Velázquez, J. A., Oliva Robles, N., Fregoso-Ito, D., Bustos-Gamiño, M., Mujica-Salazar, A., Martín del Campo-Sánchez, R., Nanni-Alvarado, R. & Medina-Mora, M. E. México DF, México: INPRFM; 2015. Recuperado de: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx

- 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 Drogas. Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirerr, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. & Mendoza-Alvarado, L. México DF, México: INPRFM; 2017. Recuperado de: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.insp.mx
- Jalilian, F., Mirzaei-Alavijeh, M., Ahmadpanah, M., Mostafaei, S., Kargar, M., Pirouzeh, R., Bahmani, D. S., & Brand, S. (2020). Extension of the Theory of Planned Behavior (TBP) to Predict Patterns of Marijuana Use among Young Iranian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1981), 2-15.
- Jiménez, L., Menéndez, S., & Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Martínez, M. K., Salazar, G. M., Pedroza, C. F., Ruiz, T. G., & Ayala, V. E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31(2), 119-127.
- Maturana, H. A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Rev.Med. Clin. Condes*, 22(1), 98-109.
- Mcmillan, B. & Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health and Medicine*, 8(3): 317-328.
- Medina, M., Peña, M., Cravioto, P., Villatoro, J. & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud pública México*, 44(1):109-115.
- Mendoza, C. Y. L. & Vargas, P. K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167.
- Morell-Gomis, R., Moriano, J. A., Laguía, A., Dias, P., & Lloret, D. (2018). Adolescents cannabis use intention: Validating a theory of planned behavior questionnaire in four European countries. *Journal of Substance Use*, 1-7. DOI: 10.1080/14659891.2018.1510050
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición). Recuperado de

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion>.

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2017). Inhalantes. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/inhalantes>

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. Cocaína. Recuperado de <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaina/Cocaine.html>.

Norman, P. & Conner, M. (2006). The theory of planned behaviour and binge drinking: Assessing the moderating role of past behavior within the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology*, 11: 55-70.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2019). Informe Mundial sobre las Drogas 2019: 1 Resumen conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado de: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf

Olivar, A. & Carrero, V. (2007). Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos adictivos*, 9(3): 184-205.

Osorio, R. E., Ortega, M. N., & Pillon, C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(Número especial): 369-375.

Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(1), 123-131.

Pedrero, E. & Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3), 251-261.

Rodríguez, K. S., Díaz, N. D., Gracia, G. S., Guerrero, H. J., & Gómez, M. E. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud mental*, 34(1): 27-35.

Rodríguez, K. S., Díaz, N. D., Gracia, G. S., Guerrero, H. J., & Gómez, M. E. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 30(1): 68-81.

Romer, D., Duckworth, A., Sznitman, S., & Park. S. (2010). Can Adolescents Learn Self-control? Delay of Gratification in the Development of Control over risk Taking. Society for Prevention Research.

Saiz, G. J. (2009). Estudio empírico de las variables de la teoría de la conducta planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21(3): 187-194.

Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA]. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México.

Secretaría de Salud [SS]. (1999). Norma Oficial Mexicana NOM- 028-SSA2-1999 para la prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. México, D.F.

SÍNTESIS CURRICULAR

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-C), Conacyt-México.

Correo electrónico: jesica.ahumada.cortez@uas.edu.mx

Francisco Rafael Guzmán Facundo

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad de São Paulo Brasil. Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Su línea de investigación es prevención de adicciones a las drogas lícitas e ilícitas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-1), Conacyt-México.

Correo electrónico: francisco.guzmanf@uanl.mx

Mario Enrique Gámez Medina

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-C), Conacyt-México.

Correo electrónico: mario.gamez@uas.edu.mx

Carolina Valdez Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-1), Conacyt-México.

Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ESTRÉS PERCIBIDO: ANÁLISIS COMPARATIVO EN ADULTOS DEPENDIENTES Y NO DEPENDIENTES A LAS DROGAS

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PERCEIVED STRESS: ANALYSIS IN ADULT DEPENDENT AND NON-DEPENDENT TO DRUGS

Julia Lizeth **Villarreal-Mata**¹; Edgar **Bresó-Esteve**²; Edna Idalia Paulina **Navarro-Oliva**³; Martín **Sánchez-Gómez**⁴; Reyna **Torres-Obregón**⁵ y Gerardo Enrique **Muñoz-Maldonado**⁶

Resumen

En cuanto a la etiología multifactorial de la adicción al alcohol y drogas, la inteligencia emocional puede explicar por qué existen adultos con mayor habilidad para regular las situaciones de estrés. El objetivo fue conocer la relación de la inteligencia emocional y el estrés percibido; así como analizar las diferencias de estas variables. La muestra fueron dos grupos de adultos con media de edad de 24.83 ($DE = 9.79$) para los adultos

dependientes a las drogas y de 36.20 ($DE = 8.91$) para los adultos no dependientes a las drogas. Se utilizó el Inventario de Inteligencia Emocional ([EQ-I], Bar-On, 1997) y la Escala de Estrés Percibido ([CEP] Levenstein et al., 1993). Se encontró relación negativa y significativa entre la inteligencia emocional reportada por los adultos dependientes ($r^s = -.419, p < .05$) y no dependientes ($r^s = -.379, p < .05$) a las drogas con el estrés percibido. Además, se

¹ Doctoranda; Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León; Av. Dr. José Eleuterio González #1500, Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México.

² Profesor Titular; Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa Social y Metodología-Psicología Social Vocal, Universitat Jaume I; Av. Vicent Sos Baynat S/N, Castelló de la Plana, España.

³ Profesora-Investigadora; Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila; Calz. Francisco I. Madero #1237, Zona Centro, Saltillo, Coahuila, México. Autor de Correspondencia: enavarro@uadec.edu.mx

⁴ Doctorando; Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa Social y Metodología-Psicología Social Vocal, Universitat Jaume I; Av. Vicent Sos Baynat S/N, Castelló de la Plana, España.

⁵ Profesora-Investigadora; Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila; Calz. Francisco I. Madero #1237, Zona Centro, Saltillo, Coahuila, México.

⁶ Jefe del Servicio de Cirugía General; Hospital Universitario, Av. Dr. José Eleuterio González S/N, Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México.

encontraron diferencias significativas para la inteligencia emocional ($U = 290.0, p = .018$) y para el estrés percibido ($U = 274.0, p = .009$) mostrando mayor puntaje en el grupo con dependencia a las drogas. Los hallazgos brindarán información actualizada para el diseño de futuras intervenciones con enfoque en la búsqueda de estrategias que fomenten la regulación de emociones y el manejo del estrés para la atención de las personas con dependencia a las drogas

Palabras clave: inteligencia emocional, estrés, adicciones, alcohol, drogas.

Abstract

Regarding the multifactorial etiology of alcohol and drug addiction, emotional intelligence may explain why there are adults with greater ability to regulate stressful situations. The objective was to know the relationship between emotional intelligence and perceived stress; as well as analyzing the differences of these variables.

The sample was two groups of adults with a mean age of 24.83 ($SD = 9.79$) for drug-dependent adults and 36.20 ($SD = 8.91$) for non-drug-dependent adults. The Inventory of Emotional Intelligence ([EQ-I], Bar-On, 1997) and the Perceived Stress Scale ([CEP] Levenstein et al., 1993) were used. A negative and significant relationship was found between the emotional intelligence reported by dependent adults ($r^s = -.419, p < .05$) and non-dependent adults ($r^s = -.379, p < .05$) to drugs with perceived stress. Furthermore, significant differences were found for emotional intelligence ($U = 290.0, p = .018$) and for perceived stress ($U = 274.0, p = .009$) showing higher scores in the group with drug dependence. The findings will provide updated information for the design of future interventions focused on the search for strategies that promote the regulation of emotions and stress management for the care of people with drug dependence.

Key words: emotional intelligence, stress, addictions, alcohol, drugs.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las adicciones es considerado como un problema de salud pública al continuar en ascenso constante a nivel mundial, es importante mencionar que el abuso del alcohol y drogas trae grandes consecuencias a la salud física, mental y social de la población en general. Aproximadamente 250 millones de adultos han consumido drogas alguna vez en la vida; de los cuales, cerca de 30 millones presentan trastornos provocados por el abuso de alcohol y drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2017). Así mismo el 5.9% de las enfermedades han sido relacionadas con consumo de alcohol y el 1.5% con el consumo de drogas ilícitas (OMS, 2018).

En México del año 2011 al 2016, la ingesta excesiva de alcohol se incrementó del 13.9% al 22.1% y el número de personas que consumieron drogas ilegales alguna vez en la vida (marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, anfetaminas, opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos) aumentó de un 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016 (Instituto Nacional

de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRF], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] & Secretaría de Salud [SSA], 2017).

Es importante resaltar que el abuso de drogas se caracteriza por ser un fenómeno multifactorial, en el que interactúan factores genéticos, psicológicos, sociales, familiares y culturales; los cuales, acompañados de ciertos estímulos del entorno, como el estrés, podrían desarrollar una dependencia a las drogas (Becoña & Vázquez, 2001; Briand & Blendy, 2010; Corbin, Farmer & Nolen-Hoekesma, 2013; Pedrero, Ruiz, Olivar, Rojo, Llanero & Puerta, 2011). El estrés se destaca como un detonante del uso de sustancias, ya que las personas utilizan el consumo para afrontar eventos estresantes (Fatahi, Sharifeian, Zarrin, Fatemi, & Khaledian, 2015; Keyes, Hatzenbuehler & Hasin, 2011); de tal forma, el estrés es una respuesta física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno; sus características guardan una relación importante con aspectos individuales, sociales y culturales que dan un aspecto particular a la experiencia percibida de cada persona (Cohen, Kessler & Gordon, 1997).

En otras palabras, el estrés percibido puede ser un elemento causal o mediador de problemas de salud física (Rod, Gronbaek, Schnohr, Prescott & Kristensen, 2009), mental (Kwag, Martin, Russell, Franke & Kohut, 2011), así como del consumo de alcohol y drogas (Briand, & Blendy, 2010; Constantinou et al., 2010; Valentino & Aston-Jones, 2010); además, el aumento del estrés está relacionado con la recaída en personas que ya reciben tratamiento (Becoña & Cortés, 2011; Berking et al., 2011; Enoch, 2011; Gorsky, 2000; Hassanbeigi, Askari, Hassanbeigi & Pourmovahed, 2013; Kopera et al., 2015; Torre, Escarabajal & Agüero, 2013; Valentino & Aston-Jones, 2010).

Otro factor importante en el estudio de las adicciones, son las emociones, ya que cuando existen problemas para identificar, regular o gestionar las emociones se puede recurrir o recaer en el consumo de alcohol y drogas para atenuar emociones negativas o para provocar placer (Alcalde, 2015; Fatahi et al., 2015; Fox et al., 2011; Kun & Demetrovics, 2010). De acuerdo con lo anterior, se ha reconocido que la inteligencia emocional puede estar asociada y a su vez actuar como proceso de afrontamiento en las personas con dependencia al alcohol o drogas (Brackett & Mayer, 2003; Ciarrochi, Forgas & Mayer, 2005; Graña, Muñoz & Navas, 2009; Hassanbeigi et al., 2013; Kassel, Stroud & Paronis, 2003; Leite, Martins, Trevizol, Noto & Brietzke, 2019; Novak & Clayton, 2001).

Existen diversos modelos para explicar y a su vez medir la inteligencia emocional, entre los cuales destaca el modelo mixto de Bar-On (2006), el cual define la inteligencia emocional como un conjunto de conocimientos y habilidades, del ámbito emocional y social que influyen en la capacidad general para afrontar de forma efectiva las demandas del medio ambiente. En las adicciones, la inteligencia emocional podría explicar por qué existen personas con gran capacidad para enfrentar estímulos y manejar sus emociones, además de

mantener un buen funcionamiento tanto personal, como social (Augusto-Landa, Pulido-Martos & López-Zafra 2011; Berking et al., 2011; Johnson & Blanchard, 2016; Kopera et al., 2015).

De modo que, se torna importante reconocer las características de las personas que presentan adicción a las drogas, así como la influencia de diversos estímulos o factores que llevan a la persona a no tener la capacidad para la gestión de sus emociones, es decir que podrían presentar bajo nivel de inteligencia emocional. En este sentido, el conocer como el estrés percibido influye en la inteligencia emocional de los adultos que presentan una dependencia a las drogas y en los que no presentan dependencia aportará conocimiento científico con la finalidad de plantear intervenciones que contribuyan en la gestión de las emociones de las personas con riesgo de presentar adicción a las drogas (Fatahi et al., 2015).

Por lo anteriormente expuesto, los objetivos del presente estudio fueron: 1.- Describir las características sociodemográficas de los adultos dependientes y no dependientes a las drogas; 2.-Describir la inteligencia emocional y el estrés percibido de los adultos dependientes y no dependientes a las drogas; 3.- Analizar la relación entre la inteligencia emocional y el estrés percibido en adultos dependientes y no dependientes a las drogas.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Diseño, Muestra y Muestreo

El estudio tuvo un diseño ex post facto, transversal y de casos y controles con la finalidad de corroborar que existen diferencias significativas entre adultos dependientes a las drogas lícitas e ilícitas y no dependientes La muestra estuvo conformada por 30 adultos dependientes a las drogas de un centro de rehabilitación contra las adicciones y 30 adultos no dependientes a las drogas. La muestra se reunió por medio de una selección intencional, no probabilística.

Instrumentos

Datos Sociodemográficos. Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, recabó información sobre datos biológicos (edad y sexo) y sociodemográficos (estado civil, número de hijos, religión y nivel de estudios).

Estrés Percibido. Se aplicó el Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ) de Levenstein et al., (1993). Está constituido por 30 ítems, con respuestas tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta de casi nunca (1) a casi siempre (4); se cuestiona sobre sucesos que pueden resultar estresantes durante el último año y en el último mes. Para el presente estudio se realizó un índice el cual indica que a mayor puntaje mayor estrés percibido. Ha mostrado Alpha de Cronbach mayores a .93 (Kocalevent et al., 2007) y en su validación al español de .87 (Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed, & Montoro, 2002).

Inteligencia Emocional Se utilizó el Inventario de Cociente Emocional ([EQ-I], Bar-On, 1997) compuesto por 133 ítems con escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta que van desde de rara vez o nunca es mi caso (1) a con mucha frecuencia o siempre es mi caso (5). Para el presente estudio se realizó un índice, el cual indica que, a mayor puntaje, mayor inteligencia emocional. El inventario fue validado al español y ha mostrado Alphas de Cronbach .93 (Ugarriza, 2001).

Procedimiento de Recolección de Datos

Se solicitó la autorización de los directivos de un Centro de Rehabilitación en Nuevo León, México; una vez obtenida la autorización, se procedió a solicitar el número de personas internas en tratamiento con más de 30 días. Los participantes fueron encuestados en una sola ocasión durante el primer trimestre del 2020, el día de la recolecta de datos se recogió el consentimiento informado, después de explicarles con detalle el objetivo y beneficios de la investigación en donde se reiteró la confidencialidad y privacidad del información obtenida.

Para el grupo control, como una regla general el grupo más apropiado corresponde a los individuos de la misma población que dio origen a los casos; por lo cual, para fines de este estudio se reunieron a partir de los familiares o visitas de los consumidores, a este grupo se le invitó a participar, se les explicó el propósito de la investigación, mencionando que no recibirían ninguna remuneración y se les otorgó el consentimiento informado, al concluir se les agradeció por su participación.

Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila; también se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987), así como lo establecido en la nueva

reforma publicada en el 2014 (Estados Unidos Mexicanos, 2014), en donde se establece los lineamientos y principios generales a los que toda investigación científica en seres humanos debe apegarse.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24[®]. Para dar respuesta al primer objetivo se utilizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y variabilidad tales como frecuencias, proporciones, intervalos de confianza, media y desviación estándar. Así mismo, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, mediante la cual se determinó la utilización de estadística no paramétrica, ya que los datos no mostraron normalidad.

Para dar respuesta al segundo objetivo se utilizó estadística descriptiva e inferencial a través de medidas de tendencia central y variabilidad tales como intervalos de confianza, media y desviación estándar; así mismo se realizó la prueba U de Mann-Whitney para conocer la inteligencia emocional y el estrés percibido por dependencia y no dependencia a las drogas. Finalmente, para dar respuesta al tercer objetivo se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

RESULTADOS

El 100% de los sujetos eran hombres. La media de edad fue de 24.83 ($DE = 9.79$) para los adultos dependientes a las drogas y de 36.20 ($DE = 8.91$) para los adultos no dependientes a las drogas. El 53.3% de los adultos dependientes mencionaron haber cursado educación secundaria, mientras que en el grupo de los adultos no dependientes el 43.3% reportó estudios de posgrado. En ambos grupos, la mayoría mencionó ser soltero (43.3% adultos dependientes y 46% adultos no dependientes). La religión reportada con mayor porcentaje por el grupo de adultos dependientes fue cristiana (80%) y por el grupo de adultos no dependientes fue católica (53.3). Con lo anteriormente expuesto se da respuesta al primer objetivo planteado en el presente estudio.

Para responder al segundo objetivo, se encontró diferencias significativas en las medias y medianas de las variables de inteligencia emocional y estrés percibido en el último año y mes de los adultos dependientes y no dependientes (Tabla 1). Es importante mencionar que, para la inteligencia emocional, se

encontraron medias y medianas más altas para los adultos no dependientes a las drogas. Con relación al estrés percibido en el último año, las medias y medianas fueron más altas para los adultos dependientes; sin embargo, para el estrés percibido en el último mes las medias y medianas fueron más altas para los adultos no dependientes.

Tabla 1. Prueba U de Mann-Whitney para la inteligencia emocional, el estrés percibido durante el último año y mes por grupos

Variables del Estudio		<i>N</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Inteligencia emocional	A-DA	30	56.19	55.02	290.0	.018
	A-NDA	30	67.16	66.57		
Estrés percibido en último año	A-DA	30	53.70	51.67	274.0	.009
	A-NDA	30	41.11	41.11		
Estrés percibido en último mes	A-DA	30	32.15	28.89	170.5	.001
	A-NDA	30	42.26	41.11		

Nota: *n* = 60, *X* = media, *Mdn* = mediana, *U* = U de Mann-Whitney, *p* = significancia estadística, A-DA = adultos dependientes a las drogas, A-NDA = adultos no dependientes a las drogas.

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el tercer objetivo, se observaron correlaciones negativas y significativas entre la inteligencia emocional reportada por los adultos dependientes y no dependientes a las drogas con el estrés percibido en el último mes ($r^s = -.419$, $p < .05$) y ($r^s = -.379$, $p < .05$) respectivamente, en este sentido se puede mencionar que, a mayor estrés percibido en el último mes, menor inteligencia emocional para los adultos dependientes y no dependientes a las drogas. Adicionalmente, se encontró una relación positiva y significativa entre la inteligencia emocional y la edad en los adultos no dependientes a las drogas ($r^s = .381$, $p < .05$).

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio dan evidencia de que existe diferencia entre la inteligencia emocional y el estrés percibido entre personas en tratamiento para la dependencia a las drogas, en comparación con quienes no tienen dependencia a sustancias. En relación a los objetivos planteados en el estudio y a las

características de la población, el total de los participantes fueron hombres, diferente a lo reportado Berking et al., (2011), Constantinou et al., (2010) y Fox et al., (2011) quienes incluyeron también mujeres, sin embargo, reportan que más de la mitad de la muestra fue en su mayoría hombres; esto también fue diferente a lo reportado por Corbin et al., (2013) quienes reportan en su mayoría mujeres; estas diferencias pueden deberse a que la población del presente estudio fueron internos de un centro de rehabilitación, contrario a lo reportado por la mayoría de los artículos revisados (Berking et al., 2011; Fatahi et al., 2015; Fox et al., 2011; Hassanbeigi et al., 2013) en donde se tomaron participantes de centros de tratamiento ambulatorios.

En relación con la edad de los participantes se reportó que oscila entre los 24 a 50 años similar a lo reportado por Berking et al., (2011), Hassanbeigi et al., (2013), Constantinou et al., (2010) y Fox et al., (2011). En cuanto al estado civil en el presente estudio se reporta que dos quintas partes del total fueron solteros, similar a lo reportado por Berking et al., (2011) y diferente Hassanbeigi et al., (2013), quienes mencionan que más del sesenta por ciento de los individuos estaban casados, esto puede deberse al contexto cultural del país oriental (Irán) donde desarrollaron el estudio.

En relación al nivel de estudios más de la mitad del grupo de personas con drogodependencia cursaron educación secundaria, diferente al grupo de los adultos no dependientes, en los que más del cuarenta por ciento reportaron estudios de posgrado; similar a lo reportado por Berking et al., (2011), quien reporta que más del sesenta por ciento del total de los participantes tenía un nivel educativo de nueve años y en cuanto a la religión el grupo dependiente fue en su mayoría cristianos, diferente del grupo sin dependencia, quien en su mayoría fueron católicos, es de importancia mencionar que los artículos revisados no reportan el tipo de religión, esta diferencia puede explicarse a que el centro de rehabilitación en donde se recolectaron los datos para este estudio, lleva tratamientos de ayuda mutua utilizando la variable espiritualidad.

En cuanto al objetivo de describir la inteligencia emocional y el estrés percibido de los adultos dependientes y no dependientes a las drogas, se proporciona evidencia de que existe una diferencia significativa en la inteligencia emocional y el estrés percibido entre adultos dependientes de drogas y personas sin dependencia, es decir, que las personas con adicciones tienen niveles de inteligencia emocional más bajos y también perciben mayor estrés, similar a lo reportado por Fatahi et al., (2015), Fox et al., (2011) y Berking et al., (2011), quienes también reportan una menor regulación de las emociones en las personas con abuso de sustancias respecto al grupo que no presenta dependencia; una de las posibles causas por las cuales las personas abusan del consumo de drogas es la dificultad para identificar, manejar o regular las emociones ante eventos

estresantes causados por diversos factores o estímulos, diferente a las personas sin adicción que demuestran un mejor regulación emocional, probablemente porque tienen mayor claridad mental y emocional ante la ausencia de la influencia o del craving por consumo de drogas.

Es importante mencionar que el estrés percibido en el último año fue más alto para los adultos dependientes, contrario a lo encontrado en el último mes, en donde los adultos no dependientes alcanzaron puntajes más elevados respecto al grupo sin dependencia; esto es similar a lo reportado por Constantinou et al., (2010), Corbin et al., (2013); Hassanbeigi et al., (2013) quienes también reportan niveles más altos de estrés del grupo con problemas de adicción; la discrepancia entre el estrés de las personas con dependencia puede deberse a que aunado a la adicción y el estrés que percibe, aparece el craving por la sustancia, lo que puede potenciar la vuelta al consumo o recaída como forma de mitigar el estrés y ante las pocas habilidades para controlar las emociones, tiende a encontrarse en un círculo de consumo-abstinencia-estímulo estresante-consumo.

En los hallazgos de la relación entre la inteligencia emocional y el estrés percibido en adultos dependientes y no dependientes a las drogas, primero, se observa una relación negativa y significativa entre la inteligencia emocional y el estrés de los dos grupos, es decir, a mayor estrés, menores niveles de inteligencia emocional, estos hallazgos coinciden a lo citado por Fox et al., (2011) y Hassanbeigi et al., (2013) quienes reportan puntuaciones medias de inteligencia emocional más bajas relacionadas al elevado estrés en el grupo con problemas de adicciones; esta relación puede deberse a la dificultad emocional de las personas que se inclinan por el abuso de drogas al encontrarse con eventos estresantes.

Un aspecto para considerar en el presente estudio es que se contempló a los adultos en tratamiento por el uso de poli sustancias, similar a lo reportado por Hassanbeigi et al., (2013); pero diferente a lo reportado por Berking et al., (2011), que abordan de forma específica el consumo de alcohol y Fox et al., (2010) el uso de cocaína, quienes consideraron las drogas que mayormente se consumen, en su contexto, así como las que presentan mayor dependencia y requieren tratamiento. Con base a lo anterior, se recomienda el uso de todas las escalas de inteligencia emocional y estrés, así como especificar el o los tipos de sustancias utilizadas, años de adicción y nivel de abuso de estas.

CONCLUSIONES

En conclusión, los hallazgos sugieren que la inteligencia emocional se relaciona y puede verse influida por el estrés percibido de los adultos en tratamiento contra la dependencia al alcohol o drogas; ya que existe una diferencia significativa en

la inteligencia emocional entre personas con dependencia a las drogas en comparación con personas sin dependencia, es decir a mayor estrés percibido, menor inteligencia emocional.

Además, estos hallazgos indican que la desregulación del estrés y de la inteligencia emocional puede ser de importancia clínica en el tratamiento de poblaciones dependientes de drogas, ya que los eventos estresantes y las estrategias de afrontamiento emocional ineficaces en esta población predisponen al uso continuado y recaída en el abuso del alcohol y drogas.

Los resultados obtenidos brindan información para el desarrollo de estrategias basadas en el incremento de habilidades del manejo del estrés, mediante la regulación de las emociones, es decir aumentar la inteligencia emocional con la finalidad de contribuir en la disminución del consumo, fomentar el apego al tratamiento y evitar recaídas.

LITERATURA CITADA

- Alcalde, C. (2015). Inteligencia Emocional para la rehabilitación personal de un drogodependiente. [tesis]. Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/10628>
- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E. y Pulido-Martos, M. (2011). Inteligencia Emocional Percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM). *Revista de Psicología Social*, 26(3). 413-425. DOI: 10.1174/021347411797361310
- Bar-On, R. (1997). BarOn Emotional Quotient Inventory (EQ-I): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/6509274_The_Bar_On_Model_of_Emotional-Social_Intelligence
- Becoña, E. & Vázquez, F. (2001). Alternativas terapéuticas ambulatorias en drogodependencias. En J. Cabrera (ed.), *Medicina legal en drogodependencias* (pp. 241-260). Madrid: Halcourt.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Déficits in emotion-regulation skills predict

alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 307. doi:10.1037/a0023421

- Brackett, M.A. & Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity or competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (9), 1-12. doi.org/10.1177/0146167203254596
- Briand, L. A., & Blendy, J. A. (2010). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Brain research*, 1314, 219-234. doi.org/10.1016/j.brainres.2009.11.002
- Ciarrochi, J., Forgas, J.P., & Mayer, J.D. (eds.). (2005). *Emotional intelligence in everyday life* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (Eds.). (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press on Demand.
- Constantinou, N., Morgan, C. J.A., Battistella, S., O Ryan, D., Davis, P., Curran, H. V. (2010). Attentional bias, inhibitory control and acute stress in current and former opiate addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 220-225. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.012
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919. doi:10.1016/j.addbeh.2012.12.005.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31. doi: 10.1007/s00213-010-1916-6
- Estados Unidos Mexicanos (2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
- Fatahi, N., Sharifeian, M., Zarrin, H. K., Fatemi, A., & Khaledian, M. (2015). Comparison of Emotional Intelligence between Normal People and Addicts. *Journal of Social Issues & Humanities*, 3(3), 90-93. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/303486650_Comparison_of_Emotional_Intelligence_between_Normal_People_and_Addicts

- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A., & Sinha, R. (2011). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American journal on addictions*, 20(2), 151-160. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00108.x.
- Gorsky, T. (2000) The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMRTP). *Approaches to Drug Abuse Counseling*. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, pp. 23-38.
- Graña, J. L., Muñoz, J. J. & Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 46, 418-423. doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.011
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D. & Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Social and Behavioral Sciences*, 84, 1333-1340. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.752
- 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 Drogas. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. & Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.insp.mx
- 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. Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. & Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx
- Johnson, S. K., & Blanchard, A. (2016). Emotional intelligence and mental health: Stress and symptom reporting pathways. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(1), 79-92. doi.org/10.17744/mehc.38.1.06
- Kassel, J.D; Stroud, L.R., & Paronis, C.A. (2003). Smoking stress and negative affect: correlation, causation and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129, 270-304. DOI: 10.1037/0033-2909.129.2.270

- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1-17. doi: 10.1007/s00213-011-2236-1.
- Kocalevent, R. D., Levenstein, S., Fliege, H., Schmid, G., Hinze, A., Brahler, E., & Klapp, M. D. (2007). Contribution to the construct validity of the Perceived Stress Questionnaire from a population-based survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 71-81. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.02.010
- Kopera, M., Jakubczyk, A., Suszek, H., Glass, J. M., Klimkiewicz, A., Wnorowska, A., Brower, K. J., & Wojnar, M. (2015). Relationship between emotional processing, drinking severity and relapse in adults treated for alcohol dependence in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 173-179. doi: 10.1093/alcal/agu099
- Kopera, M., Jakubczyk, A., Suszek, H., Glass, J. M., Klimkiewicz, A., Wnorowska, A., Brower, K. J., & Wojnar, M. (2015). Relationship between emotional processing, drinking severity and relapse in adults treated for alcohol dependence in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 173-179. doi: 10.1093/alcal/agu099
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160. DOI: 10.3109/10826080903567855
- Kwag, K. H., Martin, P., Russell, D., Franke, W., & Kohut, M. (2011). The impact of perceived stress, social support, and home based physical activity on mental health among older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(2), 137-154. DOI: 10.2190/AG.72.2.c
- Leite, K. P., Martins, F. D. M. P., Trevizol, A. P., Noto, J. R. D. S., & Brietzke, E. (2019). A critical literature review on emotional intelligence in addiction. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(1), 87-93. DOI: 10.1590/2237-6089-2018-0002
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (1), 19-32. DOI: 10.1016/0022-3999(93)90120-5
- Novak, S.P., & Clayton, R.R. (2001). The influence of School Environment and Self-Regulation on Transitions Between Stages of Cigarette Smoking: A Multilevel Analysis. *Health Psychology*, 20,196-207. Recuperado de: https://www.academia.edu/14783284/The_influence_of_school_enviro

nement_and_self-
regulation_on_transitions_between_stages_of_cigarette_smoking_A_m
ultilevel_analysis

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6).
- Organización Mundial de la Salud (2018). Alcohol. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Pedrero, E. J., Ruiz, J. M., Olivar, Á., Rojo, G., Llanero, M. & Puerta, C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23, 100-106. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72717207016>
- Rod, N. H., Gronbaek, M., Schnohr, P., Prescott, E., & Kristensen, T. S. (2009). Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 266(5), 467-475. DOI: 10.1111/j.1365-2796.2009.02124.x
- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M. A., & Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 167-172. doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00275
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México, D.F. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud (2009). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. NOM-028-SSA2-2009. México, D.F. Recuperado de <http://www.slpsalud.gob.mx/tramites-y-sevicios/file/287-nom-028-ssa2-2009.html>
- Torre, M. L., Escarabajal, M. D., & Agüero, Á. (2013). Una revisión de la literatura experimental sobre los efectos motivacionales del alcohol y su modulación por factores biológicos y ambientales. *Anales de psicología*, 29(3), 934-943. doi.org/10.6018/analesps.29.3.154561
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, (4), 129-160. Recuperado de: <http://repositorio.ulima.edu.pe/handle/ulima/2195>
- Valentino, R., & Aston-Jones, G. (2010). Special issue on neuropeptides in stress and addiction: Overview. doi.org/10.1016/j.brainres.2010.01.028

AGRADECIMIENTOS

Reconocimiento a la Universidad Jaume I y al Centro de Rehabilitación quienes son el motivo y razón de la investigación.

SÍNTESIS CURRICULAR

Julia Lizeth Villarreal Mata

Doctoranda de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Coordinadora de Quirófanos Ambulatorios de Cirugía General en el Hospital Universitario "José Eleuterio González" de la UANL. Su línea de investigación es Prevención de Adicciones. Correo electrónico: lizethvillarrealmata@hotmail.com

Edgar Bresó Esteve

Doctor en Psicología por la Universidad Jaume I Castellón, España. Profesor Titular y Coordinador del grupo de investigación Organizaciones Emocionalmente Inteligentes de la Universidad Jaume I. Su línea de investigación es Inteligencia Emocional. Correo electrónico: breso@uji.es

Edna Idalia Paulina Navarro Oliva

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Docente e Investigador de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Váldez Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila. Su línea de Investigación es Prevención de Conductas Adictivas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I. - Candidato), CONACYT- México. Correo electrónico: enavarro@uadec.edu.mx.

Martín Sánchez Gómez

Doctorando Universidad Jaume I Castellón, España. Profesor, Investigador y Coordinador del Máster en Inteligencia Emocional de la Universidad Jaume I. Su

72 | Julia Lizeth Villarreal-Mata; Edgar Bresó-Esteve; Edna Idalia Paulina Navarro-Oliva; Martín Sánchez-Gómez; Reyna Torres-Obregón y Gerardo Enrique Muñoz-Maldonado • Inteligencia emocional y estrés percibido: análisis comparativo en adultos dependientes y no dependientes a las drogas

línea de investigación es Inteligencia Emocional. Correo electrónico: sanchgom@uji.es

Reyna Torres Obregón

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Docente, Investigador y Coordinadora del Departamento de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Váldez Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Su línea de Investigación es Sexualidad en Grupos Vulnerables. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I. - Candidato), CONACYT- México. Correo electrónico: reyna.torres@uadec.edu.mx

Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Doctor en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Jefe del Servicio de Cirugía General, del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la UANL. Su línea de Investigación es Cirugía General. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (S.N.I. - I). Correo electrónico: gerardo.munozm@uanl.mx

CONOCIMIENTOS SOBRE EMBARAZOS NO PLANEADOS, VIH, E ITS Y RESILIENCIA SEXUAL EN ADOLESCENTES

KNOWLEDGE ABOUT UNPLANNED PREGANCIAS, HIV, AND STI, AND SEXUAL RESILIENCE IN ADOLESCENTS

Lubia del Carmen **Castillo-Arcos**¹; Diana **Moreno-Bernal**² y Lucely **Maas-Góngora**³

Resumen

Introducción: En México y en el mundo el Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (VIH) es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos; y de derechos humanos entre otros. **Objetivo:** fue identificar la relación entre los conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH e ITS y la resiliencia sexual en los adolescentes. **Material y Método:** El estudio fue de tipo transversal, la población estuvo compuesta por adolescentes de 14 a 17 años, estudiantes del primer semestre de preparatoria. El muestreo fue por conglomerado por grupo y el tamaño de muestra fue de 250 adolescentes. **Resultado:** Los instrumentos de medición mostraron medidas de confiabilidad aceptables. De los

adolescentes encuestados el 57.2% estuvo constituido por mujeres, con una media de edad de 15.92 ($DE= .52$). Se presentó una *media* de 15.24 ($DE= 4.32$) en cuanto al conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados. Asimismo, la resiliencia sexual obtuvo una *media* de 55.25 ($DE= 15.50$). Se realizó la prueba *U* de Mann Whitney, las mujeres presentaron mayor aceptación que los hombres ($M=3.84$, $DE=3.87$, $p<.044$). Se encontró que los conocimientos sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados se relacionó con la resiliencia sexual ($p<.05$) y la competencia personal ($p< .01$). Mientras que la competencia personal ($p< .01$) y la aceptación de sí mismo y la vida ($p<.05$) se relacionó significativamente con la resiliencia sexual.

Conclusiones: Por lo anterior, es importante señalar que el nivel de conocimiento que los

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche.

² Estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería. Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. con Fracc. Mundo Maya. Ciudad del Carmen, Campeche.

adolescentes posean en estas temáticas marcará una diferencia en su estado de salud óptimo y las medidas preventivas que emplee para mantenerse alejado de los riesgos, siendo indispensable que fortalezca su resiliencia para enfrentarse a la adversidad sexual.

Abstract

Introduction: In Mexico and in the world, the Human Acquired Immunodeficiency Virus (HIV) is a problem that goes beyond the scope of public health, converging with psychological, social, ethical, economic, political and human rights factors, among others. **Objective:** to identify the relationship between knowledge about unplanned pregnancies, HIV and STIs, and sexual resilience in adolescents. **Methods:** The study was transversal, the population was composed of adolescents between 14 and 17 years old, students of the first semester of high school. Sampling was by cluster per group and the sample size was 250 adolescents.

Results: The measurement instruments showed acceptable reliability measures. Of the adolescents surveyed, 57.2% were female, with a mean age of 15.92 ($SD=.52$). There was a mean of 15.24 ($SD=4.32$) in terms of knowledge of HIV, STIs, and unplanned pregnancies. Sexual resilience also averaged 55.25 ($SD=15.50$). Mann Whitney's U-test was performed, with women showing greater acceptance than men ($M=3.84$, $SD=3.87$, $p<.044$). Knowledge about HIV, STIs, and unplanned pregnancy was found to be related to sexual resilience ($p<.05$) and personal competence ($p<.01$). While personal competence ($p<.01$) and acceptance of self and life ($p<.05$) were significantly related to sexual resilience. **Conclusion:** Therefore, it is important to point out that the level of knowledge that adolescents possess in these areas will make a difference in their optimal health status and the preventive measures they employ to stay away from risks, and it is essential that they strengthen their resilience to face sexual adversity.

INTRODUCCIÓN

En México y en el mundo el Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (VIH) es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos; y de derechos humanos entre otros. Las infecciones producidas por el VIH han traído consigo un impacto social y de salud en poblaciones adolescentes y jóvenes, debido a que se encuentran en una etapa de mayor vulnerabilidad al riesgo sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) indica que en el mundo 37.9 millones de personas que viven con el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

En México existen 178, 310 casos notificados, de ellos 87,232 están diagnosticados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y 91,078 con VIH. En relación a la población de 15 a 24 años, existen 26, 293 casos notificados con sida y 24,749 con VIH (Centro Nacional para la prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2019). El estado de Campeche se encuentra

en segundo lugar con una incidencia de casos de VIH/sida de 17.3 (CENSIDA, 2019).

En este sentido, se puede destacar que el VIH ataca el sistema inmunitario a manera que destruye las células y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente (OMS, 2020). Al considerar estos aspectos, se puede afirmar que todas las personas son vulnerables a contraer el virus ante conductas sexuales de riesgo; sin embargo, los jóvenes y adolescentes se encuentran dentro del grupo de mayor riesgo, con más probabilidad de contraer infección por VIH debido a que es en la adolescencia donde actúan de manera inconsciente y esto da lugar a prácticas sexuales sin protección por la percepción errónea de invulnerabilidad (Teva, Ramiro, Bermúdez & Buela-Casal, 2013).

Por tanto, la adolescencia es una etapa del ciclo vital de la vida donde hay cambios, así como retos significativos para el adolescente, se ve enfrentado su propio desarrollo en diferentes periodos, en primer lugar, la búsqueda de su identidad y la necesidad de conseguir la independencia de la familia, manteniendo al mismo tiempo la conexión y la pertenencia al grupo (Vinaccia, Quiceno & Moreno 2007). En esta fase de la vida ocurren cambios corporales y psicoemocionales relevantes, se forma la personalidad, así como la convivencia con los pares y el desarrollo de las conductas sexuales, entre otras (Teva et al., 2013).

Por lo que, se identifica a los adolescentes y jóvenes como una población con alto riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la mayoría cuando inicia vida sexual activa, especialmente por estar expuestos a factores de riesgo como relaciones sexuales sin preservativo, consumo de sustancias y conocimientos inadecuados e insuficientes sobre las infecciones. Los conocimientos sobre la infección por el VIH son considerados como aspectos centrales que influyen en el riesgo y la percepción que tengan los adolescentes sobre el VIH. Identificar este nivel de conocimiento permitiría que disminuyeran las conductas de riesgo frente a la infección por el VIH, debido a que si se incrementan los conocimientos se esperaría que disminuyan las ideas erróneas sobre su cuidado y protección (Uribe, Orcasita & Vergara 2010).

El conocimiento sobre la infección por VIH y sida representa un papel importante en la promoción de la salud sexual y la prevención de esta enfermedad, debido a que las ideas y conceptos erróneos sobre aspectos de la infección provocan comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población adolescente. Asimismo, el desconocimiento genera falta de atención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH estimula la propagación de esta, debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección dificultando el diagnóstico y el tratamiento, haciendo además que, en muchas ocasiones,

continúen las prácticas de riesgo (Bermúdez, Rodríguez, Martinto, & Álvarez, 2010; Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016).

Algunos adolescentes desde la más temprana infancia, se vieron enfrentados de alguna manera a situaciones de riesgo no propias para su edad, con todos los retos y desafíos personales que esto podría haberles implicado, ya que en esta etapa ocurren un sin fin de sucesos que muchas veces no saben cómo afrontar, tienen problemas para manejar diversas situaciones y necesitan ayuda para superar estos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, por lo que deben tener la capacidad para recuperarse de dichos problemas (Vinaccia, Quiceno & Moreno 2007; Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016).

Por lo anterior, surge el concepto de resiliencia, el cual Haase (2004), la define como un proceso que permite la identificación de los recursos internos y externos que la persona posee o pueda desarrollar, para contrarrestar los factores estresantes y obtener resultados positivos; por lo que se deriva este concepto a resiliencia sexual en el adolescente (Castillo, 2012). Algunos autores mencionan que la resiliencia es un rasgo de la personalidad modificable que ayuda a salir adelante ante una adversidad en forma exitosa (Becoña, 2006, Fergus & Zimmerman, 2005;). Éste enfoque permite el desarrollo de las intervenciones de salud basadas en el concepto, ya que la adversidad es el antecedente gatillo que desencadena el proceso de resiliencia y donde el adolescente tiene que ser capaz de identificar situaciones o sucesos desfavorables para enfrentarlas en forma positiva.

La situación de riesgo hace que el adolescente se ponga alerta y que se genere la activación de sus recursos de protección. Es preciso que el adolescente cuente con la capacidad cognitiva para identificar la adversidad y determine las mejores estrategias para hacerle frente (Ahern, 2006; Rew & Horner, 2003). En este sentido, la conducta sexual de los adolescentes representa un riesgo individual para embarazos no planeados y contraer ITS-VIH/SIDA (Paz, Ramiro, Teva, Ramiro-Sánchez, & Buela-Casal, 2018; Saeteros, Pérez, & Sanabria, 2015), siendo necesario que tengan la capacidad de identificar la conducta de riesgo como una situación que amerite su atención, la cual debe ser compensada con la activación de los recursos personales resilientes que le permitan evitarla de forma inmediata. La capacidad resiliente permite que el adolescente se aleje de situaciones de riesgo sexual de forma exitosa (De Santis, 2008; Fergus y Zimmerman, 2005).

La conducta sexual, de acuerdo con Alfonso y Figueroa (2017), se ve influenciada por los cambios cognitivos y psicosocial que se desarrollan en el adolescente, convirtiéndose en posiblemente una situación de vulnerabilidad, si el adolescente no tiene la capacidad de interpretarla. Lohman y Billings (2008) menciona que la conducta sexual abarca diversas acciones que el adolescente

decide realizar conscientemente en situaciones en las que el entorno, los estímulos recibidos y su madurez psicológica, marcan su proceder.

El adolescente que desarrolle la resiliencia sexual, tendrá la capacidad de practicar sexo seguro a través de los factores de protección familiar, social e individual y contrarresta los factores de riesgo sexual y de riesgo relacionado con adolescencia (Castillo-Arcos & Benavidez-Torres. 2012). Este hecho permite que el adolescente tenga la capacidad para identificar el riesgo en forma clara. Para el presente estudio se consideró que la resiliencia sexual en el adolescente es el proceso mediante el cual el adolescente utiliza sus recursos internos y externos disponibles y responde de manera favorable a las conductas sexuales de riesgo para prevenir el embarazo no planeado y las ITS. Es por ello, que, de acuerdo a la revisión de la literatura, es indispensable conocer factores de protección que ayuden a prevenir ITS y VIH, por lo cual el objetivo del presente estudio es identificar la relación entre los conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH e ITS y la resiliencia sexual en los adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, transversal. Debido a que se describieron las variables de estudio y correlacional, ya que se buscó la relación entre los conocimientos sobre embarazos no planeados, ITS, y/o VIH y la resiliencia sexual en los adolescentes. El estudio fue de tipo transversal ya que se aplicó en un solo momento. La población estuvo compuesta por adolescentes de 14 a 17 años, estudiantes del primer semestre de preparatoria. El muestreo fue por conglomerado por grupo y el tamaño de muestra fue de 250 adolescentes.

Mediciones e instrumentos

Cédula de datos

La cédula de datos demográficos constó de dos secciones. La primera incluyó datos como fecha, edad en años cumplidos, sexo, semestre, la experiencia previa de información sobre sexualidad, ITS y VIH y sida en los últimos tres meses, posteriormente se incluyeron las escalas de conocimientos sobre embarazo, sida e ITS y la escala de resiliencia para sexo seguro.

Conocimiento sobre VIH/Sida

La variable conocimiento se midió a través del Cuestionario de Conocimiento sobre Embarazo, sida e ITS (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992). Este instrumento valora el conocimiento sobre los medios de transmisión, prevención y detección de ITS, VIH y sida. El instrumento está compuesto por 24 reactivos con una escala de respuesta de falso, verdadero y no sabe, un ejemplo de reactivo es: si tienes sida, existe una mayor probabilidad que contraiga otras enfermedades. Cada respuesta contestada correctamente se le asigna un punto y a las respuestas incorrectas se les asigna 0; por lo que mayor puntuación indica mayor nivel de conocimiento. Los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 la respuesta correcta es falso. El cuestionario ha sido probado con Latinos de habla hispana entre 13 y 18 años (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel et al., 2004) y el instrumento ha reportado un Alpha de Cronbach de .75.

Resiliencia Sexual

La resiliencia sexual se midió a través de la escala de Resiliencia de Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993, adaptada por Castillo & Benavides, 2012). La escala mide el nivel de resiliencia para sexo seguro, está formada por 22 ítems. Las respuestas están en escala tipo Likert que va de 1 a 5, 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo 3= indeciso (ni en acuerdo, ni en desacuerdo), 4= de acuerdo y 5= muy de acuerdo, con rango de 22 – 110, a mayor puntaje indica alto nivel de resiliencia, con un Alfa de Cronbach de .80.

Procedimiento

Para la recolección de datos, se solicitó autorización de las comisiones de Éticas e Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR) de la Facultad DES de Ciencias de la Salud, posteriormente se procedió a seleccionar la escuela preparatoria; donde se solicitó las listas actualizadas de los grupos por semestre de los alumnos inscritos. También se pidió permiso a los directivos de la escuela preparatoria en donde se realizó el estudio, así como también a los docentes y padres de familia.

Posteriormente se invitó por grupo a los adolescentes a participar en el estudio, se les explicó el objetivo de este. A los que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado a los padres de familia y asentimiento informado al adolescente. Se les solicitó a los participantes que las respuestas fueran lo más honestas posibles y que respondieran las preguntas con confianza y seguridad, se les recordó que sus respuestas serían confidenciales, solo los investigadores responsables del estudio tendrían acceso a ellas. Al finalizar el

llenado de los instrumentos, se les agradeció su participación y se les otorgó un obsequio por su participación en el estudio.

Análisis estadístico

Los datos estadísticos se analizaron mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Con los datos ya almacenados en la base de datos se analizó descriptivamente para la obtención de las frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas. Se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente de Alpha de Cronbach. Así como, Medidas de tendencia central y análisis descriptivo. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors para identificar la normalidad de los datos, la cual no presentó una distribución normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica. Se utilizó la *U* de Mann Whitney para comparar los conocimientos sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados y resiliencia sexual por sexo. Asimismo, se realizó análisis de correlación de Spearman para identificar la relación entre el conocimiento sobre VIH, ITS, y el embarazo no planeado y la resiliencia sexual de los adolescentes.

RESULTADOS

De los 250 adolescentes encuestados el 57.2% estuvo constituido por mujeres, con una media de edad de 15.92 ($DE= .52$). El 74.4% de los adolescentes mencionaron estar solteros, mientras que un 25.2% mencionaron estar en una relación. Los instrumentos y sus subescalas utilizados mostraron coeficientes de confiabilidad aceptables.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (Tabla 1) para la normalidad donde no presentó una distribución normal. Se presentó una *media* de 15.24 ($DE= 4.32$) en cuanto al conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados lo que indica que los adolescentes presentan mayores conocimientos sobre estos temas. Asimismo, la resiliencia sexual obtuvo una *media* de 55.25 ($DE= 15.50$), donde los adolescentes presentaron mayor resiliencia sexual.

Tabla 1. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors para conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Valor de p</i>
Conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados	250	15.24	4.317	2.00	23.00	.000
Resiliencia Sexual	250	55.25	15.498	4	87	.005
Competencia personal	250	43.74	15.414	1	72	.000
Aceptación de sí mismo y la vida	250	11.51	3.874	0	16	.000

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó la prueba *U* de Mann Whitney (Tabla 2) para mostrar la comparación de conocimientos sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados y resiliencia sexual por sexo. Donde no se observaron diferencias significativas en cuanto al conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados entre hombres y mujeres. Asimismo, se realizó la comparación por sexo en cada una de las subescalas, en la subescala de competencia personal no se mostraron diferencias significativas, mientras que en la subescala de aceptación de sí mismo y la vida, las mujeres presentaron mayor aceptación que los hombres (*Mdn*= 3.87, *U*= 6519.50, *p*< .044).

Tabla 2. Prueba U de Mann-Whitney para la comparación de Conocimiento sobre VIH, ITS, o embarazos no planeados, y Resiliencia sexual

Variable	Sexo	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados	Mujer	143	122.37	15.24	7203.50	.428
	Hombre	107	129.68			
Resiliencia Sexual	Mujer	143	121.98	55.25	7147.00	.373
	Hombre	107	130.21			
Competencia personal	Mujer	143	120.37	43.74	6916.50	.194
	Hombre	107	132.36			
	Mujer	143	133.41	3.87	6519.50	.044

Aceptación de sí mismo y la vida Hombre 107 114.93

Fuente: Elaboración propia.

Se llevó a cabo el análisis de correlación de Spearman para identificar la relación entre el conocimiento sobre VIH, ITS, y el embarazo no planeado y la resiliencia sexual. Donde se encontró que los conocimientos sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados se relacionó significativamente con la resiliencia sexual y la competencia personal. Mientras que la competencia personal y la aceptación de sí mismo y la vida se relacionó significativamente con la resiliencia sexual. Asimismo, la aceptación de sí mismo y la vida mostraron una relación negativa con la competencia personal.

Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman de conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados, y resiliencia sexual

Variables	1	2	3	4
1. Conocimiento sobre VIH, ITS, y embarazo no planeado	1			
2. Resiliencia sexual	.212*	1		
3. Competencia personal	.191**	.965**	1	
4. Aceptación de sí mismo y la vida	.104	.139*	-.088	1

Nota: * = $p < .05$, ** = $p < .01$

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El conocimiento sobre los embarazos no planeados, el VIH, y las ITS en los adolescentes son temas con día con día se vuelve más notables por las implicaciones que conlleva para la salud de este grupo vulnerable. Por tal motivo, se realizó la presente investigación para evaluar el nivel de Conocimiento sobre embarazos no planeados, VIH e, ITS y la resiliencia sexual en los adolescentes.

De acuerdo a los resultados encontrados, se observa que las mujeres participaron más activamente en el estudio; lo anterior, puede deberse a que la mujer por su característica de género asumen más la responsabilidad de su salud que el hombre, lo que coincide con diversos autores, que encontraron que las mujeres son más participativas en estudios relacionados al cuidado de la salud sexual (Bryon, 2018 & Fisher et al., 2019).

En relación, a resultados sobre el conocimiento de embarazo no planeado, VIH, e ITS se observa que en su mayoría los hombres han recibido información sobre sexualidad, embarazos no planeados, VIH; e ITS, lo cual representa un factor protector, permitiendo al adolescente interiorizar datos relevantes que lo ayudarán a tomar conciencia de su salud sexual y los riesgos a los cuales se verá inmerso. Contrario con los resultados obtenidos, el estudio de Castillo-Arcos, et al., (2017) no encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. Asimismo, los resultados del presente estudio difieren con los resultados obtenidos por Torres, Walker, Gutiérrez, y Bertozzi (2006) quienes encontraron que las mujeres presentan mayores conocimientos sobre embarazos no planeados, VIH, e ITS. Por su parte, Almeida et al., (2017) refieren que los adolescentes de ambos sexos mencionaron tener conocimientos sobre la prevención de los embarazos, pero sobre ITS y Sida tienen desconocimiento significativo de los medios de transmisión, lo que los coloca en riesgo para la salud. Es indispensable conocer el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes, para poder identificar zonas de oportunidad e incidir favorablemente en la mejora de estos y se convierta en una herramienta efectiva que todo educador de la salud utilice para mejora del comportamiento sexual en este grupo de edad.

En cuanto a la resiliencia sexual los hombres presentaron mayor resiliencia sexual en comparación con las mujeres, lo cual coincide con lo encontrado en el estudio realizado por Matta (2010) donde se encontró que el sexo masculino posee un grado de resiliencia alto, lo que indica que los hombres tienen mayor capacidad para contrarrestar el riesgo sexual. Por el contrario, González-Arratia y Valdez (2015) indican que las mujeres adolescentes son más resilientes que los hombres, tienden más al cuidado, ya que poseen mayores protectores externos. Asimismo, Guerrero (2014) refiere que la resiliencia sexual es una fortaleza del ser humano que lo ayuda a prevenir comportamientos de riesgo. Siendo un factor protector importante para que el adolescente se aleje de conductas sexuales que lo pondrían en situaciones de contagio para ITS, embarazos no planeados y otros problemas de salud que deriva de ello.

En cuanto a las dimensiones de resiliencia, las mujeres mostraron mayor aceptación de sí mismas y la vida en comparación con los hombres. Lo que coincide con los resultados obtenidos por Obradović, Burt y Masten (2006), quienes reportaron que para que se desarrolle la resiliencia los adolescentes deben poseer un patrón de aceptación alto, lo que le permite un mayor nivel de

competencia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto a la competencia personal entre hombres y mujeres. En este sentido, Esparza-Dávila y Moreno-Monsiváis (2019) mostraron que los adolescentes se consideran resilientes sexualmente al hallar que las medias de las dimensiones Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida, se ubicó por encima del punto intermedio para ambos géneros. Lo anterior, muestra la importancia que la resiliencia sexual posee al tener un rol transcendental en la gestión de la salud sexual, para que el adolescente se mantenga alejado de conductas sexuales de riesgo que pongan en peligro su bienestar físico, psicológico y social, así como su vida.

Limitaciones

El tipo de muestreo se puede presentar como una limitante para el presente estudio ya que se necesita conocer a profundidad las características del grupo. El muestreo por conglomerados puede no reflejar la diversidad en el marco muestral.

CONCLUSIONES

En conclusión, los instrumentos utilizados mostraron coeficientes Alpha de Cronbach aceptables. No se mostraron diferencias significativas en cuanto a los conocimientos sobre VIH, ITS, y embarazos no planeados y resiliencia sexual por sexo. Sin embargo, en las sub-escala de resiliencia sexual se mostraron diferencias significativas en cuanto a la aceptación de sí mismo y la vida donde las mujeres presentaron mayor aceptación. El conocimiento sobre embarazos no planeados, VIH, e ITS presento relación con la resiliencia sexual esto se puede explicar debido a que a mayor conocimiento sobre estos temas mayor resilientes serán los adolescentes para enfrentar las conductas sexuales de riesgo. Asimismo, el conocimiento sobre embarazos no planeados, VIH, e ITS se relacionó con la competencia personal de los adolescentes.

Por lo anterior, es importante señalar que el nivel de conocimiento que los adolescentes posean en estas temáticas marcará una diferencia en su estado de salud óptimo y las medidas preventivas que emplee para mantenerse alejado de los riesgos, siendo indispensable que fortalezca su resiliencia para enfrentarse a la adversidad sexual. Todo profesional de la salud debe tomar en cuenta lo anterior, para ofrecer estrategias educativas que permitan fortalecer los mecanismos de protección individual, familiar y social del adolescente.

LITERATURA CITADA

- Ahern, N. (2006). Adolescent resilience: An evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175-185
- Alfonso Figueroa, Lianet, & Figueroa Pérez, Loanys. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151. Recuperado en 12 de mayo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es.
- Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS, Oloveira, P.S. (2017). Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Revista Brasileira Enfermagem* [Internet]. 70(5):1033-1039. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531>.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, Características, y Utilidad del Concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(3), 125-146.
- Bermúdez R, Rodríguez M, Martinto L, Álvarez L. (2010). Nivel de conocimiento sobre la infección de VIH/SIDA en mujeres del municipio "10 de octubre". *Revista Cubana Medica General Integral*. 29(1): 1-15.
- Byron, P. (2018). Social media platforms and sexual health. In C. Smith, F. Attwood, and B. McNair (Eds.) *The Routledge Companion to Media, Sex and Sexuality* (pp. 214–222). London, UK: Routledge Press.
- Castillo-Arcos, L. & Benavides-Torres, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: Teoría de rango medio. *Aquichan*. 12(2), 169-182.
- Castillo-Arcos, L.; Alvarez-Aguirre, A., Bañuelos-Barrera, Y., Valle-Solís, M., Valdez-Montero, C. & Kantún-Marín, M. (2017). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería Global*. 16 (45),168-187.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA; 2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 11 de noviembre del 2019. Recuperado: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN_D_a_Mundial_sida_2019.pdf
- De Santis, J. (2008). Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIV infection. *Research and Theory for Nursing Practice*. 22(4), 273-87.

- Esparza-Dávila SP, Moreno-Monsiváis MG. (2019). Influencia del apoyo social percibido para el sexo seguro en la resiliencia sexual. *Journal Health NPEPS*. 4(1):80-91.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 26:399–419.
- Fisher, C., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R, Ezer, P., Mikolajczak, G. & Lucke, J. (2019). 6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018. Retrieved from National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health's Teen Health website: <http://teenhealth.org.au/resources/Reports/SSASH%202018%20National%20Report%20-%20V10%20-%20web.pdf>.
- González-Arratia, N.I. & Valdez Medina, J. L. (2015). Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 5 (2), 1996 – 2010.
- Guerrero, J. M. (2014). Resiliencia sexual en adolescentes: Una revisión desde la psicología positiva. *Realitas: Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*. 2 (1), 45-56.
- Haase. J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 289-299.
- Jemmott, J. Jemmott, L. & Fong, G. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal Public Health*. 82(3), 372–377.
- Lohman, B. J., & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated with adolescent boy's early sexual debut and risky sexual behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(6), 723–735. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9283-x>
- Matta, S.H.H. (2010). Grado de desarrollo de la resiliencia y su relación con los factores protectores y de riesgo, en adolescentes de instituciones educativas de Lima, Ica, Ayacucho y Huánuco. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3276> Tesis para optar el grado académico de Magister en docencia e investigación en salud.
- Mendoza, L. A., Claros, D. I., & Peñaranda, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. Recuperado <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- Obradović, J., Burt, K. B., & Masten, A. S. (2006). Pathways of adaptation from adolescence to young adulthood: Antecedents and correlates.

- In Resilience in Children (pp. 340-344). (Annals of the New York Academy of Sciences; Vol. 1094). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.046>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS; 2019). Comunicado Datos y cifras. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS; 2020). VIH/SIDA. Recuperado de https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Paz, M., Ramiro, T., Teva, I., Ramiro-Sánchez, T. & Buela-Casal, G. (2018). Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 223-229. Recuperado <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.002>
- Rew, L., & Horner, S. (2003) Youth resilience framework for reducing health-risk behavior in adolescent. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379-388.
- Saeteros, RC, Pérez, J. & Sanabria, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Humanidades Médicas*. 15(3):421-439. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003
- Teva, I., Ramiro, M. T., Bermúdez, M. P. & Buela-Casal, G. (2013). Análisis de la conducta sexual en adolescentes peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2), 184-192.
- Torres P, Walker D, Gutiérrez J, Bertozzi S, (2006) A novel school-based strategy for the prevention of HIV/AIDS, Sexually Transmitted Disease (STDs), and teen pregnancies. *Salud Pblica México* 48,308-316.
- Uribe, A., Orcasita, L.T & Vergara T (2010) Factores de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes y Jóvenes Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 13(1), 11-24.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., III, Jemmott, L. S., & Ronis, D.L., (2004). Predictors of sexual intercourse intentions and condom use among Spanish dominant youth: A test of the theory of planned behavior. *Nursing Research*, 53(3), 172-181.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. & Moreno, E.S. (2007). Resiliencia en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16,139-146.
- Wagnild, G. M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1,165-178.

SÍNTESIS CURRICULAR

Lubia del Carmen Castillo Arcos

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor Investigador Titular de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del CA Consolidado “Enfermería Salud y Educación” con la LGAC: “Cuidado de enfermería y procesos educativos”, temática: Conductas Sexuales de Riesgo. Autor y coautor de diversos artículos de investigación, capítulos de libro y libros. Reconocimiento Perfil PRODEP y Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: lubiacastilloa@gmail.com

Diana Moreno Bernal

Estudiante de la Maestría en Ciencias en Enfermería (PNPC) en la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Becaria por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Miembro de la Sociedad de Honores Sigma Theta Tau International

Lucely Maas Góngora

Doctor en Ciencias de Enfermería por la UNT, Perú. Profesor Investigador Titular de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del CA Consolidado “Enfermería Salud y Educación” con la LGAC: “Cuidado de enfermería y procesos educativos”, temática: Conductas Sexuales de Riesgo. Autor y coautor de diversos artículos de investigación, capítulos de libro y libros. Reconocimiento del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) y Candidata a Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores. Correo electrónico: lucelymaas@hotmail.com

MANIFESTACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIO-AMBIENTAL QUE INCIDIERON EN EL JUEGO PATOLÓGICO EN JUGADORES EN TRATAMIENTO DE CULIACÁN

MANIFESTATION OF THE SOCIO-ENVIRONMENTAL RISK FACTORS THAT INCIDATED IN THE PATHOLOGICAL GAMBLING IN GAMBLERS IN TREATMENT OF CULIACAN

Rubén **Sánchez-Ramos**¹ y Carolina **Valdez-Montero**²

Resumen

El juego patológico es una adicción que ha ocasionado un problema de salud pública en los últimos años. Es una adicción que se genera en el contexto social, por lo que distintos factores de riesgo de tipo socio-ambiental han incidido en esta problemática. Ante esta situación, el presente estudio tiene por objetivo describir las manifestaciones de los factores de riesgo de tipo socio-ambiental que incidieron en el desencadenamiento del juego patológico en personas con problemas de juego patológico en tratamiento de la ciudad de Culiacán. Esta es una investigación cualitativa con alcance descriptivo y exploratorio, utilizando un método con enfoque fenomenológico se utilizó la narrativa testimonial como eje de análisis y la entrevista a profundidad como instrumento de recolección de datos, en una

muestra de 8 personas, compuesta por 5 hombres y 3 mujeres. En los resultados, se encontró que los factores de riesgo socio-ambientales que incidieron en la adicción al juego se encuentran en las interacciones sociales, la disponibilidad y el fácil acceso de los casinos, así como su ambiente y su oferta de juego a través de diferentes medios de comunicación. Por tanto, se concluye que esta adicción es generada en el contexto social, por lo que el problema debe de ser analizado desde disciplinas de las ciencias sociales y de la salud, así como en las políticas públicas.

Palabras clave: enfermedad adictiva, ludopatía, contexto social, interacciones sociales.

¹ Egresado de la Maestría en Trabajo Social con Acentuación en Sistemas de Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Abstract

Pathological gambling is an addiction that has caused a public health problem in recent years. It is an addiction that is generated in the social context, so different socio-environmental risk factors have influenced this problem. Given this situation, this study aims to describe the manifestations of socio-environmental risk factors that affected the triggering of the pathological gambling in people with pathological gambling problema under treatment in the city of Culiacán. This is a qualitative research with descriptive and exploratory scope, using a method with a phenomenological approach, the testimonial narrative was used as the axis of analysis and

the in-depth interview as an instrument of data collection, in a sample of 8 people, composed of 5 men and 3 women. In the results, it was found that the socio-environmental risk factors that influenced gambling addiction are found in social interactions, the availability and easy access of casinos, as well as their environment and their offer of play through different. Therefore, it is concluded that this addiction is generated in the social context, so the problem must be analyzed from the disciplines of the social and health sciences, as well as in public policies.

Key words: addictive disease, gambling addiction, social context, social interactions.

INTRODUCCIÓN

Desde siempre y en todos los tiempos, el juego ha tenido una función social en la humanidad, en la obra del antropólogo Johan Huizinga (2007) *El Homo Ludens* sostiene que el juego es más antiguo que la cultura misma, y ha sido parte de la condición humana. No obstante, en este trabajo se hace hincapié en los juegos de azar, entendidos como aquellos que suponen apuestas de cualquier artículo o posesión de valor sobre la base de un resultado incierto y determinado por el azar (Barroso, 2003). La práctica del juego de azar ha estado presente en la historia de la humanidad, desde la edad antigua en las civilizaciones de los sumerios y los egipcios, incluso, ha sido inmortalizada en la literatura universal, en novelas como *El Jugador* de Fedor Dostoyevski, en donde ya se recrea la práctica del juego como una problemática individual y social (Dostoyevski, 2003).

La palabra ludopatía proviene del latín ludus, ‘juego’, y del griego patheia, padecimiento o afección, dicho término se le ha denominado también juego patológico (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2012). Hace algunas décadas se consideraba que la ludopatía era solo un vicio contraído por personas irresponsables y de voluntad muy débil. Desde los años setenta se le comenzó a estudiar como un trastorno mental, debido a que se trata de una enfermedad crónica y progresiva, que consiste en la falta de control en los impulsos y un deseo irreprimible de participar en juegos de azar y de apuesta. De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al juego patológico como “un trastorno consistente en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juego de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo

en prejuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo” (OMS, 1992, p.350). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) por su parte, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) señala al juego patológico como una entidad nosológica propia, ya que es un trastorno que está situado en el capítulo de los Desórdenes Relacionados con Sustancias, debido a que sus síntomas reflejan el incremento y consistencia de la evidencia que sugiere que, al apostar, el cerebro activa un sistema de recompensas con efectos similares al uso de sustancias psicoactivas en términos de expresión clínica, comorbilidad, fisiología y tratamiento (APA, 2013). Por tanto, en esta nueva categoría que incluye desórdenes relacionados con sustancias y alcohol, el trastorno del juego se constituye como la única adicción conductual reconocida en este grupo (APA, 2013).

Actualmente, existen diferentes modelos de tratamiento para el juego patológico (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2016), uno de ellos son los grupos de autoayuda de Jugadores Anónimos (JA) el cual es un programa de doce pasos para personas que tienen una adicción al juego de azar. En concordancia con esta investigación, se trabajó con personas que asisten a este tipo de tratamiento.

Desde un enfoque epidemiológico, el juego patológico es una problemática de salud pública que ha generado un impacto negativo en la humanidad, en los últimos años se ha registrado que esta adicción ha sido un problema que afecta del 1% al 3% de la población a nivel mundial (Currie et al., 2017). De acuerdo con el dato anterior, en un meta-análisis en el 2008 del periodo 1997-2007 se encontró que se realizaron 46 estudios en los países de Canadá, Estados Unidos, Australia, Suecia, Noruega, Inglaterra, Suiza y España, los cuales reportan que el juego patológico afecta en mayor proporción a los hombres que a las mujeres, y respecto a la edad, los adolescentes manifiestan mayor problema con el juego comparado con los adultos, además de que las máquinas tragamonedas son los juegos más frecuentemente asociados con el juego patológico (Muñoz-Molina, 2008).

De igual importancia, se percibe al juego patológico como un problema que recae en la cuestión meramente social, en donde están implicadas ciertas circunstancias, sucesos y motivos, asimismo, la adicción al juego es una enfermedad producida de manera multicausal, que al igual que cualquier otra adicción no se puede partir de una relación causal lineal, sino que las causas son multifactoriales (Domínguez, 2009). Por lo que diversos modelos psicológicos, biológicos y sociales han analizado los factores que pueden causar y mantener el juego patológico. En concordancia con la problemática desde una perspectiva multicausal, los elementos que conllevan a la adicción al juego son denominados como factores de riesgo, por lo que, diversos estudios los han clasificado en tres

dimensiones, la personal, la familiar y la socio-ambiental (Brizuela, 2010; Domínguez, 2009; Castaño, Calderón & Restrepo, 2016).

En ese sentido, en esta investigación se abordan aquellos elementos, características y motivaciones consideradas factores de riesgo de tipo socio-ambiental, ya que de manera general, se ha descubierto como la dimensión social está muy presente en la adicción al juego (Blanco, González & Martos, 2015; Van der Maas, 2015). De acuerdo con Scimecca (2015) en su análisis social del juego patológico, argumenta que la etiqueta de juego patológico o ludopatía como comportamiento adictivo, tiene más que ver con las construcciones sociales que con las disfunciones de la personalidad abordadas desde el ámbito psiquiátrico y psicológico, los elementos y particularidades expuestas en el ambiente social y en las estructuras sociales -como la industria del juego- son los factores que predisponen al individuo a adoptar el juego patológico, por ello se considera relevante el contexto social, ya que en este convergen los factores de riesgo e individuo.

Haciendo una exploración en la literatura respecto a los factores de riesgo socio-ambientales, Robert y Botella (1994) mencionan que uno de los principales, es la gran disposición de ofertas para el juego en la comunidad, la disponibilidad hace referencia tanto a la oferta de juego como a la cercanía de los juegos o locales en los que se encuentra (Chóliz & Saiz-Ruiz, 2016), en un estudio realizado por Sumitra y Miller (2005) encontraron que hay un aumento en adictos al juego cuando existe un casino en un radio de 80 kilómetros. De igual forma, el fácil acceso a los mismos es otro factor que se conjuga con la exposición al juego, por lo que la accesibilidad es una de las principales variables que favorecen al inicio de esta adicción, cuanto mayor sea la accesibilidad, mayor será la posibilidad de practicarlo (Brizuela, 2010). Otro factor importante que es común en esta dimensión, es la atención y el confort que proporcionan estos espacios (Castaño et al., 2016). Acerca de las luces y los sonidos ambientales que se perciben en estos espacios, Griffiths (2010) ha identificado que estos elementos provocan mayores apuestas.

Ante esta exposición, los medios de comunicación, ejercen un poder de persuasión importante sobre las personas, por medio de su difusión y la falta de normatividad legal de la publicidad que limite la presión al consumo que las empresas del sector hacen de algunos juegos (Blanco, 2015; Castaño et al., 2016; Thomas, Bestman, Pitt, Cassidy, McCarthy, Nyemcsok, Cowlshaw & Daube, 2018), de este modo, de acuerdo con Blanco et al. (2015) argumenta que “constantemente la publicidad, a través de sus mensajes subliminales, nos promete riqueza y felicidad a cambio de muy poco dinero” (p.18).

Relacionado con el factor de riesgo anterior, algunos estudios han encontrado que el internet se considera factor de riesgo (Brizuela, 2010; Castaño

et al., 2016; Hing, Russell & Browne, 2017). Las apuestas en línea han tenido un impacto negativo en los usuarios que utilizan este medio, ya que al jugar de manera solitaria, se incrementa la posibilidad de seguir jugando (Gainsbury, Russell, Wood, Hing & Blaszczynski, 2015). De acuerdo con Chóliz (2014) actualmente se vive una auténtica revolución en los juegos de azar, así como una notable expansión de nuevos juegos y recientes jugadores, esto se debe a dos factores, uno de ellos, es la penetración de las Tecnologías de la Información y Comunicación, y el segundo, es que la oferta del juego presencial y online se ha visto incrementada de una forma exponencial al igual que su publicidad y la amplia gama de técnicas de publicidad.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con Brizuela (2010) existen factores de riesgo de tipo cultural que se asocian al desarrollo de la ludopatía, uno de ellos es la moda, en muchas oportunidades define tendencias, el dictado de la misma, induce comportamientos que de otra manera no se desarrollarían, por consiguiente, esta tendencia genera una aceptación social en la comunidad (Gainsbury, Russell, King, Delfabbro & Hing, 2016). De acuerdo con Fuentes (2013), el problema radica, en que la práctica del juego socialmente aceptable, se legitima, convirtiéndose en un objeto de consumo en la sociedad actual, y es cuando esta práctica-consumo conduce a la adquisición del juego patológico.

En México se han hecho algunos estudios de ludopatía que muestran resultados sobre la cantidad de personas afectadas y en riesgo (Echeverría-Echeverría, Evia & Carrillo-Trujillo, 2019; Martínez, 2014; Ortega, Vázquez & Reidl, 2009; Villatoro et al., 2018), sin embargo no hay datos empíricos que evidencien las causas que originan el problema. Por ello, se considera pertinente abordar un estudio de factores de riesgo socio-ambientales que abonen información al origen de esta problemática multicausal en nuestra sociedad. Actualmente, existen diferentes modelos de tratamiento para el juego patológico en México (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2016), y uno de ellos son los grupos de autoayuda de Jugadores Anónimos (JA) el cual es un programa de doce pasos para personas que tienen una adicción al juego de azar. En concordancia con esta investigación, se trabajó con personas que asisten a este tipo de tratamiento, los cuales denominamos como personas con problemas de juego patológico en tratamiento. Con base a lo anterior planteado, se tiene como objetivo describir las manifestaciones de los factores de riesgo de tipo socio-ambiental que incidieron en el desencadenamiento del juego patológico en personas con problema de juego patológico en tratamiento de la ciudad de Culiacán.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Alcance y enfoque

Es un estudio cualitativo con alcance descriptivo, ya que el propósito desde esta perspectiva, es describir situaciones, eventos y hechos, es decir, cómo son y cómo se manifiestan los factores de riesgo que inciden en la problemática del juego patológico en el contexto social (Hernández et al., 2007). Para Denzin y Lincoln (2008) la investigación cualitativa se enfoca en la naturaleza socialmente construida del valor de la realidad, estos autores señalan que es importante saber cómo la experiencia social de las personas se crea y adquiere significado.

El presente estudio cualitativo utilizó un enfoque fenomenológico, el cual se fundamenta desde la perspectiva de Edmund Husserl (1962), quien asume a la fenomenología pura como la tarea de describir el sentido que el mundo tiene para las personas. Por consiguiente, de acuerdo con el objetivo de esta investigación, se utilizó un método fenomenológico eidético, el cual permitió describir a profundidad la problemática desde la subjetividad de las personas entrevistadas. Así mismo, este abordaje posibilitó una recolección de una imagen realista y fiel de las personas con problemas de juego patológico en tratamiento, para obtener los datos directamente sobre los puntos de vista de sus experiencias vividas, así como comprender los significados e interpretaciones de sus contextos.

En concordancia con el método fenomenológico, se utilizó la narrativa testimonial como eje de análisis de viva voz de las personas afectadas por el juego patológico, ya que una de sus características principales es que hay una menor injerencia del investigador en los relatos y contenidos que constituyen las vivencias de los protagonistas que testimonian (Martínez, 2004), por lo que este método permitió esgrimir en el relato las experiencias de cómo estas personas se fueron convirtieron en jugadores patológicos, y conocer la magnitud que encarna la problemática.

Muestra

Se conformó un grupo de personas para colaborar en este proyecto de acuerdo con el tipo de muestreo intencional, según Otzen y Manterola (2017) permite seleccionar los casos característicos de un grupo de personas limitando la muestra solo a ese número de casos, ya que la población que se observe es variada, en ese sentido, dado que la presente investigación es de alcance exploratorio se seleccionaron diferentes personas para conocer la problemática desde diversas perspectivas. Para la selección de los entrevistado, se eligieron a ocho personas

que asisten a un grupo de autoayuda de Jugadores Anónimos (JA) Grupo Respira, que de manera voluntaria aceptaron ser entrevistadas.

Para la selección de las personas entrevistadas se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser miembros activos del grupo de autoayuda.
- Tener un periodo de abstinencia mayor de tres meses y estar asistiendo al grupo de autoayuda. De acuerdo con la práctica del programa de los 12 pasos de JA y las recomendaciones de miembros con años de abstinencia del grupo, después de los tres meses la persona tiene mayor esclarecimiento y lucidez de su problema con el juego.
- Considerarse a sí mismos como personas con problema de juego patológico.
- Miembros del grupo que accedan a participar de forma voluntaria.
- Personas que sean de preferencia originarios de la ciudad de Culiacán, o en su caso, se hallan adquirido la adicción al juego en dicha ciudad.

Tabla 1. Lista de los jugadores patológicos entrevistados y observados

Entrevistado/a	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
J3	Mujer	53	Secundaria	Ama de casa	Casada
J5	Hombre	34	Nivel superior	Asesor financiero	Soltero
J7	Hombre	40	Nivel medio superior	Músico	Soltero
J10	Mujer	51	Nivel superior	Empleada de gobierno	Divorciada
J11	Hombre	34	Nivel superior	Empresario	Casado
J12	Hombre	31	Nivel superior	Empleado de gobierno	Unión libre
J13	Mujer	39	Nivel superior	Empleada de gobierno	Casada
J26	Hombre	20	Nivel medio superior	Estudiante universitario	Soltero

Fuente: elaboración propia.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de los datos es importante resaltar la figura del investigador que llevo a cabo esta técnica, para este estudio fue la primera vez que se abordaba este tipo de problemática y este tipo de técnica, no obstante, mantuvo un acercamiento constante al espacio donde se realizaban las sesiones del grupo Jugadores Anónimos (JA) Grupo Respira. Cabe señalar, que se tuvo un acercamiento al grupo con 8 meses de anterioridad a las entrevistas, con el fin de observar y escuchar a las personas con problemas de juego patológico. Durante el proceso de recolección de datos un investigador realizo las entrevistas solo, utilizando una grabadora para registrar todas las conversaciones, así como elaborar notas en el diario de campo de las observaciones durante las sesiones grupales.

Primeramente, se realizó una invitación a participar en el estudio y se les proporcionó el consentimiento informado. En este estudio se utilizó la entrevista a profundidad para hallar las explicaciones convincentes del problema, e incluso, conocer como los entrevistados en su contexto lo perciben (Rodríguez, Gil & García, 1999). La entrevista se construyó de acuerdo con las categorías que los estudios relacionados consideran como factores de riesgo de tipo socio-ambiental, los cuales se dimensionan en los escenarios de juego y las interacciones sociales. Por consiguiente, se elaboró una lista de tópicos que iban guiando de manera abierta y flexible la entrevista con preguntas indagatorias en los aspectos socio-ambientales sobre qué es lo que los llevo a tener problemas con el juego. Además, se aplicó una prueba piloto a una persona con problemas de juego patológico, con el fin de perfeccionar el proceso de la entrevista a partir de los resultados obtenidos y las sugerencias de una persona experta en el tema.

Procedimiento

De inicio, se acudió al grupo donde sesionan las personas con problema de juego patológico en tratamiento, con la finalidad de observar su dinámica de trabajo y la manera en como estos interactúan para tratar su adicción; de antemano, se contactó al representante del grupo para dialogar respecto a las intenciones de la investigación. Una vez situado en el campo de estudio, se observó la interacción de las personas con problema de juego patológico en el grupo, en específico, escuchar los testimonios en donde expresaban sus vivencias como personas con problemas de juego patológico en recuperación, así como experiencias pasadas de su adicción al juego, incluso, situaciones o sucesos significativos que dejaron huella en sus vidas, entre otras. Esto con el propósito de identificar candidatos para una posterior entrevista.

Una vez identificados los candidatos a la entrevista, el investigador se dio a la tarea de contactarlos para solicitarles una entrevista. Antes de proceder a contactar a los miembros del grupo, se les consultó a los representantes del grupo para informales y pedir un consentimiento para realizar esta actividad (fuera del grupo); esto con la intención de respetar la autonomía, los principios y las tradiciones del grupo. Se fue contactando a las personas mencionadas anteriormente una por una, conforme se iban efectuando cada una de las entrevistas. A su vez, el investigador se dio a la tarea de buscar el lugar apropiado para realizar las entrevistas, para esto, al entrevistado se le dieron las opciones de los lugares en los cuales se sintiera más cómodo (todas las entrevistas fueron realizadas en cafés y restaurantes). Acordada la cita, al entrevistado se le entregó una carta de consentimiento informado, con el fin de aclarar las intenciones de la información que brinde y todas las consideraciones éticas que conlleva la entrevista, y se le solicitó permiso de audio grabar la entrevista para no perder ningún detalle del discurso. El periodo de recolección de datos fue durante 2 meses (de septiembre a octubre de 2018). Una vez recolectada la información de cada entrevista, un investigador se encargó de realizar la transcripción. Las transcripciones de las entrevistas estuvieron bajo resguardo un mes (noviembre de 2018), y posteriormente se inició el proceso de análisis de datos (por ambos investigadores) en el periodo de diciembre de 2018 a febrero de 2019.

Análisis de los datos

El registro de los testimonios se analizó en relación con el método de análisis de contenido. Este tipo de análisis consiste en examinar cualquier comunicación humana, principalmente aquella emitida en contextos sociales. De acuerdo con Andréu (2006), es una técnica de interpretación de textos que se caracteriza por tener el registro de datos, en donde el denominador común de estos materiales es su capacidad de albergar contenidos que una vez leídos e interpretados pueden abrir las puertas al conocimiento de distintos aspectos y fenómenos de la vida social. En esta investigación se utilizó el análisis de contenido descriptivo, ya que se apejó a un marco de estudio preestablecido, dando cuenta de la identificación y catalogación de la realidad empírica de los textos a través de la definición de categorías o de elementos que conformaron la mirada del objeto de estudio (Piñuel, 2002). Esta investigación fundamentó su análisis en los factores de riesgo socio-ambientales atribuidos al desencadenamiento del juego patológico.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos, en donde se describe la manifestación de los factores de riesgo de tipo socio-ambiental que inciden en el juego patológico. Se da cuenta de las experiencias vividas por los participantes en las cuales están plasmadas ideas, creencias y emociones que les desencadenaron la adicción al juego desde una dimensión socio-ambiental.

De inicio, la oferta de casinos y salas de juego fue uno de los principales factores de riesgo que se encontró en algunos discursos de los entrevistados. Como antecedente histórico mencionaron la aparición del primer casino en la ciudad de Culiacán, así lo expresaron los entrevistados que coincidieron en haber iniciado sus primeros acercamientos con el juego comercializado.

Fue hasta un día que llego un amigo, yo tenía, no sé, algunos dieciocho años o veinte, no me acuerdo, cuando llegó el Jack, que llegó y ahí estábamos jugando en la casa de mi mamá, y estábamos jugando baraja, el dompe de 5 pesos, y me acuerdo que llegó a la casa y 'oye abrieron un lugar'. (J11)

Desde que yo supe que ya había un casino, y que iba ir ya estaba emocionada, ya estaba muy contenta, emocionada. Cuando llegábamos al Jack, y en ese entonces como que había muchas filas, mucha gente queríamos entrar, mucha gente deseábamos entrar a ese casino, y era en ese entonces el único que tenía mesitas de juego de bingo, y a parte máquinas, terminales pues. (J10)

Y pues si el Jack es el casino principal de aquí de Culiacán. (J5)

Otro factor de riesgo que se encontró fue el fácil acceso a los casinos. Los entrevistados después de recordar las distintas salas de juego que asistieron, mencionaron la distribución de todos los casinos en la ciudad de Culiacán se encuentra al alcance de toda la población, por lo que expresaron lo siguiente:

Si los tenía cerca, no tan cerca, pero si me aventaba mis caminadas en la madrugada... influye que pongan casinos por todos lados, en zonas separadas, para qué, obviamente para que las personas tengan más accesibilidad al casino ¿no? [irónico]. (J12)

Sí, hay casinos por todos lados, ahorita puedes ir a donde sea a apostar, donde sea vas pues. Yo por ejemplo, yo inventaba con mi esposa, este, yo

vivía cerca de la isla, relativamente cerca, y ahí está el casino en Wal-Mart. (J11)

Sí, como me calaba, tan me calaba que (sonríe irónicamente), que yo por ejemplo que tenía el vicio ahorita en el 2015 que entré a mi último trabajo, está el casino ahí a espaldas, de mi trabajo (...) y lo que hacía es que me iba a otro casino que estaba cercas de la casa. (J13)

Otro factor de riesgo fue la aceptación social del juego tanto en la familia como en las relaciones sociales, en sus inicios acudir al casino se percibía como una práctica de entretenimiento o esparcimiento.

Lo veían como una gracia, porque creían que iba una vez al mes, y nomás platicaba cuando ganaba, entonces no era algo que les causara ruido porque si mi mamá iba una vez al mes, ella creía que yo iba una vez al mes. (J5)

Además, mencionaron que la aceptación social de la práctica del juego se reflejaba en las relaciones que mantenían con otros clientes al frecuentar los casinos, se generaba una familiarización, por lo que algunos entrevistados lo describieron de la siguiente manera:

Entonces ahí, el trato en la gente, si veía como al último se ponían en hilerita y toda la cosa, y te aplaudían ya que te quedabas al último, y así. (J11)

También se encontró como factor de riesgo, el ambiente que se vive en los casinos, algunos jugadores reconocieron haber experimentado emociones con el ambiente y la luminaria que se proyectaba en estos espacios. Expresaron como les parecía atractivo el interior, los anuncios y el sonido.

Yo recuerdo que me llamó la atención la fila que estaban haciendo para entrar, yo de curiosa 'y aquí qué hay o qué venden' y me metí, y empecé a ver cómo la gente se divertía, y como estaba el ambiente, no sé, como que [silencio y reflexiva] cruzaba esa puerta y como que cambia algo, yo digo que tiene que ver con el olor, a mí se me hace que como le han de echar un aroma para que, hace que atraiga a la gente, no sé, a mí como que el olor al casino me quedo muy marcado y siento yo como que eso me atraía. (J13)

No pues bien emocionado por mirar pinche [palabra utilizada como superlativo] pantallita llena de colores [risas]. En el juego, bueno la luz te llama, no sé no lo puedo explicar, porque me atrapa, te atrapa y ahí me quedaba y lo único que sé, es que no sentía esa tristeza que yo tenía. (J12)

Como que es mágico, no sé, como que entras, y parece que estás [reflexiva] en Alicia en el país de las maravillas [risas] así, los so...nidos, las luces, y luego pues ganas dinero. (J3)

Otro factor de riesgo que se encontró, fue la atención en los casinos por parte del personal, los jugadores entrevistados expresaron las atenciones que recibían cuando frecuentaban estos lugares, mencionan que el personal que los atendía los hacía sentir importantes, y les expresaban un reconocimiento social.

Sí, sí, no pues obviamente todo mundo te atiende como rey, 'que refresquito' 'que botanita' que esto que el otro, obviamente ¿no? (J12)

Te hace sentir en un ambiente tan cómodo 'gusta un café, gusta un refresco' si vas a prender un cigarro [mímica parodiando de un mesero de casino prendiendo un cigarro] si así. (J13)

No pues, la verdad si te tratan bien y luego pues andan tras de ti para lo que se te ofrezca, yo recuerdo ver como los que trabajan ahí en las máquinas eran bien atentos con uno te decían a cada rato 'todo bien, gusta otra recarga' y así bien atentos en el crédito, no lo dejan ni descansar a uno. (J3)

Con la apertura de casinos en la ciudad de Culiacán, el acudir a jugar a estos espacios, se fue convirtiendo en una moda, ya que algunos entrevistados mencionaban que históricamente los casinos en la ciudad no existían, por lo que ese tipo de tendencias se presenta como un factor de riesgo; de acuerdo con el testimonio de algunos entrevistados expresaron lo siguiente:

Llegamos y era un colón [fila de espera] inmenso por todos lados. Entonces teníamos dieciocho veinte años, no nos importaba nada, nos fuimos metiendo en la fila y no sé cómo llegamos allá, duramos algunos veinte minutos o media hora ponle en la fila, cuando si hubiéramos hecho fila, hubiéramos durado como dos horas y media; era impresionante, la gente quería conocer, nomás porque andaban regalando cerveza y lo del bingo, a lo mejor algunas personas ya conocían eso, nosotros no, yo no lo conocía. (J11)

Las primeras veces sí, íbamos en bola [en grupo], íbamos en compañía a conocer el casino...No, sí tenía que ir a conocer, era obligación casi tener que ir a inaugurarlo y conocerlo pues. (J7)

Si pues el Jack en ese entonces era el casino de caché. (J10)

Otro factor de riesgo que se encontró fue los medios de comunicación que ejercen influencia en las personas sobre promociones de casinos y juegos de azar. Algunos entrevistados expresaron que se sintieron atraídos por la publicidad:

Había un casino, que, si me prendía a mí, los comerciales de Play-city, te decían 'con sólo venir ganas' y ya. (J5)

Pero mi madre me llevó por primera vez, me dijo 'oye me van a dar una promoción, si llevo a un invitado nuevo me van a dar cien pesos' algo así una babosada de esas, entonces pos [conjunción de pues] ahí va el muchacho ¿no?... Y luego me regalaban, en la promoción ponía una cantidad me regalaban otra y ya pues listo. Después de esa vez, pues yo voy con camaradas 'güey [expresión de amigo y compañerismo] vamos, y no sé qué, me van a regalar una promoción si te llevo y la fregada [expresión que se refiere a la terminación demás]' [emocionado] 'que tienes que pones 100 pesos, no que no tengo, yo te los pongo, pero pues hay que jugar, esta chilo [palabra que denota una situación agradable]'. (J12)

También mencionaron el internet por medio de las aplicaciones de apuestas en línea, algunos entrevistados se sintieron bombardeados por estos medios, expresando lo siguiente:

Por todos lados, por inbox, a mí me aparecen en la página personal de mi Facebook, me aparece la página de Caliente, por mensajes, porque eso es algo, el internet te lo arroja sabe que eres 'ludopatazo' [sonríe]. Y te lo arroja por la publicidad, no me aparecen cosas de Dios ni nada porque pues, me aparece el casino [sonríe]. (J11)

Sí, sí, por ejemplo, los mismos juegos, los mismos juegos de teléfono. (J13)

DISCUSIÓN

En este apartado se presenta la discusión de los resultados obtenidos. Las respuestas favorables de estas personas con problemas de juego patológico reflejan un cierto significado en los factores de riesgo encontrados en la dimensión socio-ambiental, se puede demostrar que, desde que la práctica del juego de azar se fue industrializando, los mercados fijaron sus intereses en ésta, y han ido conjugado las técnicas y los estudios de mercado para mejorar su rentabilidad, con el fin de comercializar al juego como un producto (Egerer & Marionneau, 2019). Estos mecanismos de atracción y promoción hacia las prácticas de los juegos de azar no escapan ante la categorización como factores de riesgos socio-ambientales y culturales (Matilainen, 2017). Por lo que todos los entrevistados argumentaron situaciones en las cuales el mercado del juego los sedujo.

Algunos entrevistados mencionaron que, en su experiencia durante sus inicios como jugadores, la oferta de casinos y salas de juego fue un factor que propició la asistencia a estos lugares, en relación a esto, algunos estudios (Kang, Ok, Kim & Lee, 2019; Robert & Botella, 1994; Van der Mass, Mann, McCready, Matheson, Turner, Hamilton, Schrans & Ialomiteanu, 2017) argumentan que es uno de los principales factores de riesgo la aparición de estos espacios que fomentan el juego sin poner ningún límite. Así mismo, la disponibilidad y el fácil acceso al juego, es otro factor de riesgo que mencionaron los entrevistados, ya que estos espacios no tienen ningún tipo de restricción, es fácil acceder a ellos, y se sitúan en lugares estratégicos, como son las zonas comerciales (Chóliz & Saiz-Ruiz, 2016; Sumitra & Miller, 2005). De acuerdo con algunos estudios (Domínguez, 2009; Egerer & Marionneau, 2019, Sulkunen et al., 2018) mencionan que el fácil acceso y la disponibilidad de estos espacios incrementan la prevalencia del juego patológico en la población, lo cual toma sentido en la ciudad de Culiacán, ya que actualmente se tienen registrados ocho establecimientos de juego legalizado distribuidos por todo el municipio, sin contar aquellos que no reúnen los requerimientos legales, que los mismos entrevistados denominaron casinos clandestinos (Cabrera, 2013; CONADIC, 2012; Hernández, 2013; Ibáñez, 2017; Leyva, 2015).

Por otro lado, entre sus discursos, los entrevistados mencionaron que, en sus inicios, la práctica del juego era considerada por sus familiares y allegados como una actividad normal, por lo que la aceptación social del juego, se presenta como un reconocimiento social ante los demás, y se aumenta aún más, cuando el jugador ha ido incrementando sus ganancias, es sujeto de admiración (Blanco et al., 2015; Domínguez, 2009). Esta aceptación social del juego, concuerda con lo que encontró Marionneau (2015) en un estudio comparativo con personas con

problemas de juego patológico de Finlandia y Francia, en donde se menciona que la práctica de los juegos de azar —en los casinos— es considerada socialmente aceptable en la vida cotidiana.

Asimismo, el ambiente en los casinos fue considerado un factor de riesgo para la mayoría de los entrevistados, mencionaron lo deslumbrante que llegaron a ser estos lugares. Estas opiniones concuerdan con lo que han descubierto Castaño et al. (2016), quienes argumentan que hay una desconexión del tiempo y espacio dentro de las salas de juego, no se sabe si es de noche o es de día; de igual manera tiene que ver la iluminación que contienen estos espacios “la fastuosidad en diseños y colorido, tanto internos como en el entorno inmediato de los casinos, se va convirtiendo en algo mágico, tipo Vegas, que va envolviendo a los consumidores de esta alternativa de ocio” (Castaño et al., 2016). De acuerdo con otros estudios (Griffiths, 2010; Griffiths, & Parke, 2003), también se ha encontrado que este elemento de la iluminación ha sido considerado como un factor desencadenante del juego compulsivo.

En este ambiente de sonidos y luminaria, se presentó el factor de riesgo que tiene que ver con las interacciones sociales. Los entrevistados expresaron haberse sentido cómodos con las atenciones por parte de las personas que trabajan en los casinos (meseros, hostess, recargadores de dinero electrónico). Reconocen que dicha interacción los hacía sentir importantes, de acuerdo con Castaño et al. (2016) el jugador al llegar a estos espacios se siente como alguien reconocido e importante. Así mismo, esto concuerda con un estudio realizado en un grupo de usuarios de casinos por Echeverría-Echeverría, Fuentes-Gómez, Castillo-León y Carrillo-Trujillo (2015) en donde encontraron que el ambiente en dichos espacios, está diseñado para generar en los individuos un estado de placer y de recompensa, y estos elementos refuerzan la actitud de seguir apostando.

Entre los discursos de algunos entrevistados, mencionaron acudir en sus inicios al casino por cuestión de moda, ya que en la ciudad no existían. La tendencia a asistir a los espacios de juego se fue convirtiendo en un factor de riesgo, de acuerdo con Brizuela (2010) la moda en muchas oportunidades define las tendencias que van a conllevar a ciertas prácticas, y en este caso, la práctica del juego se ha convertido en un nuevo estilo de entretenimiento, y en este caso esta tendencia va a influir para adoptar una adicción.

Por último, los entrevistados expresaron que los medios de comunicación —incluyendo el internet— ejercieron cierta influencia en recurrir a las prácticas del juego, de acuerdo con otros estudios realizados en otros contextos sociales (Castaño et al., 2016; Egerer & Marionneau, 2019; Hing, Russell & Browne, 2017) utilizan estrategias publicitarias para atraer a clientes que son seducidos por las promociones ilusorias, este estudio reveló que los medios publicitarios ejercen una gran influencia para atraer a nuevos clientes y mantener cautivos a los jugadores, ellos los llaman ganchos publicitarios. Asimismo, López-

González, Guerrero-Solé y Griffiths (2018) encontraron que las casas de apuestas reproducen a través de su representación publicitaria una serie de patrones distintivos y repetitivos de apuestas en deportes que, en general, convencionalizan el comportamiento de las apuestas, se hace mención a las apuestas en los deportes, porque la mayoría de los varones entrevistados realizaban apuestas en estas modalidades de juegos de azar.

CONCLUSIONES

En términos multicausales, de acuerdo con los resultados obtenidos la adopción del juego patológico es la conjugación de todos los factores de riesgo que se encontraron en esta investigación, en donde no se pueden dejar como hecho aislado la dimensión personal y a su vez la dimensión familiar. En ese sentido, ambas dimensiones están involucradas en la generación de riesgos que están conjugadas con elementos de la dimensión social de cada individuo. Por lo que, partiendo de estos hallazgos, se puede abonar a la pregunta de ¿Por qué la gente apuesta? por tanto, se demuestra que la problemática social multicausal del juego patológico es generada por múltiples factores.

Este estudio también demostró, que la industria del juego y todos sus componentes como la mercadotecnia, influyen en la práctica del juego y contribuye en la adopción de esta adicción, por tanto, se consideran factores de riesgo la moda, la atención y el ambiente en los casinos, así como la ubicación y su cercanía, los medios de comunicación y el discurso propagandista. En relación a esto, debe sumarse los intereses económicos que convergen con los criterios gubernamentales, que han manifestado una despreocupación y escasa valoración del problema (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2018). Desde el año 2004 que se instauro el primer casino en Culiacán ha ido en incremento la oferta lúdica con apuestas y la proliferación de estos espacios, se sigue haciendo visible la escasa información sobre el problema y la ausencia de acciones preventivas sobre el padecimiento dirigida a toda la población (Solís, 2019; Zamudio, 2019).

Por otro lado, se encontró en las personas con problema de juego patológico, que la problemática recae en ellos mismos, es decir, estas personas se consideran como únicas responsables de la adopción del juego patológico, consideran que su adicción es el producto de sus decisiones (López-González, Estévez & Griffiths, 2018). Del mismo modo, existe un desconocimiento en cuestiones estructurales, como políticas públicas y marcos normativos regulatorios del juego. Es necesario abordar la problemática desde las ciencias sociales y no solamente explicar el fenómeno desde la psiquiatría e individualizarlo, confrontarlo bajo una óptica sociológica, en donde las

estructuras sociales, económicas y políticas estén implicadas. Porque realmente es donde convergen los factores de riesgo de tipo socio-ambiental. En ese sentido, de acuerdo con autores como Bauman (2002) toma relevancia en cuanto su teoría de la modernidad líquida, en donde se crea a estos seres orientados al consumo, los prepara para tener carácter de consumidores, y la vida de consumo se vuelve como una conducta no restringida y anómica, no teniendo un propósito mayor que su propia perpetuación (Bauman, 2010).

Por último, el aporte de este trabajo es un primer acercamiento a la problemática del juego patológico en Culiacán, nunca antes se había realizado un estudio de esta envergadura y arrojar datos que evidencien el problema en la cuestión socio-ambiental. No obstante, se es consciente de las limitaciones del estudio al no abarcar una población más amplia. Sin embargo, los resultados son un abanico de tópicos a investigar. Este tipo de investigaciones deja la pauta para realizar estudios de ludopatía con otras metodologías y poblaciones en específico.

LITERATURA CITADA

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. España-Argentina: Paidós. Digital.
- Andréu, J. (2006). *Técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Fundación Centro Estudios Andaluces. Universidad de Granada España.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and estatical manual of mental disorders*. Fifth edition. EUA: Autor.
- Bauman, Z. (2002). *La modernidad líquida*. Recuperado de <https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2009/05/modernidad-líquida.pdf>
- Bauman, Z. (2010). *La globalización*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Barroso, C. (2003). *Las bases sociales de la ludopatía* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Granada Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Granada, España.
- Blanco, P., González, M., & Martos, C. (2015). El juego como una adicción social: crónica de una patología anunciada. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (22), 9-22. Recuperado de <https://www.siiis.net/documentos/ficha/509670.pdf>

- Brizuela, J. (2010). Programa de juego responsable. México. *Instituto de Investigaciones Jurídicas*. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2803/14.pdf>
- Castaño G., Calderón, G., & Restrepo, S. (2016). Factores de riesgo para ludopatía en un grupo de jugadores de casinos de la ciudad de Medellín, Colombia. *Health and Addictions*, 16(2), 135-145. Recuperado de ojs.aaaj.org/index.php/aaaj/article/download/268/273
- Centros de Integración Juvenil. (2016). *Tratamiento cognitivo-conductual para personas con adicción al juego*. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTxAdiccionalJuego.pdf>
- Chóliz, M. (2014). “Juego Ético”: un compromiso en la prevención de la adicción al juego desde el ámbito político y social. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(4), 5-9. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71047744.pdf>
- Chóliz, M., & Saiz-Ruiz, J. (2016). Regular el juego para prevenir la adicción: hoy más necesario que nunca. *Adicciones*, 28(3), 174-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289145913007.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2012). *Consideraciones generales hacia la prevención y la atención del juego patológico en México*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/consideraciones.pdf>
- Currie, S. R., Hodgins, D.C., Casey, D. M., el-Guebaly, N., Smith, G. J., Williams, R. J., & Schopflocher, D., P. (2017). Deriving low-risk gambling limits from longitudinal data collected in two independent Canadian studies. *Addiction*, 112, 2011-2020. doi:10.1111/add.13909
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (Eds). (2008). Introducción: The discipline and practice of qualitative research. En *Collecting and interpreting qualitative materials* (1-44). USA: Sage.
- Domínguez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27(1), 3-20. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/171/173>.
- Dostoyevski, F. (2003). *El jugador*. Recuperado de <https://biblioteca.org.ar/libros/656309.pdf>
- Echeverría-Echeverría, R., Evia, N. M., & Carrillo-Trujillo, C. (2019). Representaciones sociales y prácticas emergentes de los clientes de casinos en Mérida, Yucatán. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación*

- Psicológica*, 9 (17), 24-40. Recuperado de <https://www.revistacecip.com/index.php/ecip/article/view/168/160>
- Egerer, M., & Marionneau, V. (2019). Cultures and spaces of convenience gambling. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(2), 125-136. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/332308158_Cultures_and_spaces_of_convenience_gambling
- Fuentes, J. H. (2013). Contexto Sociocultural de los casinos en el espacio urbano actual. En Echeverría, R. (Ed.), *Juegos de azar en casinos: Reflexiones en el contexto contemporáneo* (pp.17-46). Yucatán, México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Gainsbury, S.M., Russell, M.T., King, D.L., Delfabbro, P., & Hing, N. (2016). Migration from social casino games to gambling: Motivations and characteristics of gamers who gamble. *Computers in Human Behavior* 63, 59-67. doi: 10.1016/j.chb.2016.05.021
- Gainsbury, S. M., Russell, A., Wood, R., Hing, N., & Blaszczynski, A. (2015). How risky is Internet gambling? A comparison of subgroups of Internet gamblers base on problem gambling status. *New media society*, 17(6), 861-879. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.904.5319&rep=rep1&type=pdf>
- Griffiths, M. D. (2010). Colour atmospherics and its impact on player behaviour. *Casino and Gaming International*, 6(3), 91-96. Recuperado de http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/9452/1/205691_7847%20Griffiths%20Publisher.pdf
- Griffiths, M. D. & Parke, J. (2003). The environmental psychology of gambling. In G. Reith (Ed.), *Gambling: Who wins? Who Loses?* pp. 277-292. New York: Prometheus Books. Recuperado de https://www.academia.edu/780647/Griffiths_M.D._and_Parke_J._2003_._The_environmental_psychology_of_gambling._In_G_Reith_Ed_Gambling_Who_wins_Who_Loses_pp._277-292._New_York_Prometheus_Books
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Mc Graw Hill: España.
- Hing, N., Russell, A. M., & Browne, M. (2017). Risk Factors for Gambling Problems on Online Gaming Machines, Race and Sports Betting. *Frontiers in Psychology*, 8(779), 1-17. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5430067/pdf/fpsyg-08-00779.pdf>

- Huizinga, J. (2007). *Homo Ludens*. Recuperado de <http://zeitgenoessischeaesthetik.de/wp-content/uploads/2013/07/johan-huizinga-homo-ludens-espan%CC%83ol.pdf>
- Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Recuperado de <https://profesorvargasguillen.files.wordpress.com/2012/11/husserl-edmund-ideas-relativas-a-una-fenomenologia-pura-y-una-filosofia-fenomenologica-ocr.pdf>
- Kang, K., Ok, J. S., Kim, H., & Lee, K. S. (2019). The Gambling Factors Related with the Level of Adolescent Problem Gambler. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 1-16. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/12/2110>
- Marionneau, V. (2015). Socio-cultural context of gambling: A comparative study of Finland and France. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/33736188.pdf>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México, Editorial Trillas.
- Martínez, R. J. (2014). Prevalencia de juego patológico en estudiantes universitarios. (Disertación de Maestría). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/7798/1/1080259479.pdf>
- Matilainen, R. (2017). Production and consumption of recreational gambling in twentieth-century Finland (Tesis doctoral publicada). University of Helsinki, Finland. Recuperado de <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/226022/PRODUCTI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Rev. Salud pública*. Recuperado de www.clikisalud.net/adicciones/pdf/meta-analisis_ludopatia.pdf
- López-González, H., Estévez, A., & Griffiths, M. D. (2018). Can Positive Social Perception and Reduced Stigma be a Problem in Sports Betting? A Qualitative Focus Group Study with Spanish Sports Bettors Undergoing Treatment for Gambling Disorder. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 571-585. doi: 10.1007/s10899-018-9799-2
- López-González, H., Guerrero-Solé, F., & Griffiths, M. D. (2018). A content analysis of how 'normal' sports betting behaviour is represented in gambling advertising. *Addiction Research & Theory*, 26(3), 238-247. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/90e3/da38cd44b11473217a33c33f410235eb604f.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision. Ginebra: Autor. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>
- Ortega, P., Vázquez, B., & Reidl, L. (2009). Ludopatía. *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2803/13.pdf>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Piñuel, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística* 3(1), 1-42. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267797356_Epistemologia_metodologia_y_tecnicas_del_analisis_de_contenido
- Robert, C. & Botella, C. (1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comp.), *Manual de Psicopatología*, (pp. 559-594). Madrid: McGraw-Hill. Recuperado de https://3eroseccion1unergmedicina2017.files.wordpress.com/2017/06/manual_de_psicopatologia_i_-_amparo_bell.pdf
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Aljibe.
- Scimecca, J. A. (2015). Toward a Sociological Analysis of Pathological Gambling. *Journal of Sociology and Social Work*, 3(1), 1-6. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15640/jssw.v3n1a1>
- Secretaría de Gobernación. (2018). *Salas y Sorteos de Números y Centros de Apuestas Remotas*. Ciudad de México: Dirección General de Juegos y Sorteos. Recuperado de http://www.juegosysorteos.gob.mx/en/Juegos_y_Sorteos/Salas_de_Sorteos_de_Numeros
- Solís, S. (6 de julio de 2019). Ludopatía: Vicios que cuestan, pero no matan. *El Sol de Sinaloa*. Recuperado de <https://www.elsoldesinaloa.com.mx/local/ludopatia-vicios-que-cuestan-pero-no-matan-3862051.html>
- Sumitra, L. M., & Miller, S. C. (2005). Pathologic gambling disorder: How to help patients curb risky behavior when the future is at stake. *Postgraduate medicine*, 118(1), 31-37. Recuperado de <https://www.jurispro.com/files/articles/Miller-Pathological.pdf>

- Sulkunen, P. J., Babor, T. F., Cisneros Ornberg, J., Egerer, M. D., Hellman, C. M. E., Livingstone, C., ... Rossow, I. (2018). *Setting Limits: Gambling, Science and Public Policy*. doi: 10.1093/oso/9780198817321.001.0001
- Thomas, S. L., Bestman, A., Pitt, H., Cassidy, R., McCarthy, S., Nyemcsok, C., Cowlishaw, S., & Daube, M. (2018). Young people's awareness of the timing and placement of gambling advertising on traditional and social media platforms: a study of 11–16-year-olds in Australia. *Harm reduction journal*, 15(1), 51. doi: 10.1186/s12954-018-0254-6.
- Van der Maas, M. J. (2015). *Sociology and the Problems of Problem Gambling Research: Connectin Private Troubles to Public Issues*. (Disertación de tesis). Recuperado de https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/71407/3/van_der_Maas_Mark_J_201511_PhD_thesis.pdf
- Van der Maas, M., Mann, R. E., McCready, J., Matheson, F. I., Turner, N. E., Hamilton, H. A., ... & Ialomiteanu, A. (2017). Problem gambling in a sample of older adult casino gamblers: Associations with gambling participation and motivations. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(1), 3-10. doi: 10.1177/0891988716673468
- Villatoro, J. A., Reséndiz, E., Bustos, M. N., Mujica, A. R., Medina-Mora, M E., Cañas, V.,... Romero, M. (2018). Magnitud y extensión del juego patológico en la población mexicana. *Salud Mental*, 41(4), 157-167. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2018.024
- Zamudio, Y. (9 de diciembre de 2019). Adultos Mayores sufren de adicción a juegos de azar en Sinaloa. *El Debate*. Recuperado de <https://www.debate.com.mx/culiacan/Adultos-mayores.sufren-de-adiccion-a-juegos-de-azar-en-Sinaloa-20191209-0039.html>

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), el trabajo fue apoyado por la beca nacional de posgrados otorgado a Rubén Sánchez Ramos. Por último, a los/las participantes del estudio, para ellos y ellas nuestra más grande admiración y respeto.

SÍNTESIS CURRICULAR

Rubén Sánchez Ramos

Egresado de la Maestría en Trabajo Social con acentuación en Sistemas de Salud por la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Coordinador del Programa Integral de Bienestar Juvenil: Salud, Equidad y Seguridad del Instituto Municipal de la Juventud de Culiacán. Correo electrónico: filantropobre@hotmail.com

Carolina Valdez Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-1), CONACYT-México. Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONCEPTO DE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE CONCEPT OF SEXUALITY IN SECONDARY TEENS

Martha Ofelia **Valle-Solís**¹; Cinthia Viridiana **Olea-Gutiérrez**² e Ian Coahpetzin **Zavala-Pérez**³

Resumen

Las Representaciones Sociales (RS) sobre la salud, es el resultado de la articulación entre las representaciones y las experiencias sobre el cuerpo, y las concepciones y/o prácticas sanitarias. Objetivo: Identificar la estructura y organización de la palabra sexualidad en adolescente de secundaria con el fin de aportar elementos sobre sexualidad para la prevención de conductas sexuales de riesgo y embarazo en grupos vulnerables. Diseño desde la Perspectiva estructural de las representaciones sociales. El estudio se realizó en estudiantes de una entidad de Nayarit, fueron 17 hombres y 17 mujeres, entre los 12 y 14 años. Se integró un muestro propositivo. El instrumento que se utilizó

fue una técnica asociativa para la colecta de la información. *Listados libres*; estos favorecen la expresión espontánea de los sujetos y, por ello, se espera que el contenido evocado esté más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social. Para la estrategia de análisis se utilizó el Análisis prototípico, una vez obtenido de los listados libres y se identificó la Saliencia de cada término a través del índice de Smith. Este cálculo se basa en la frecuencia de mención del término como en el rango de la ubicación que le otorgó cada informante a cada palabra. Para su obtención; se utilizó el software Anthropac versión de MS Dos y análisis procesual. De 153 palabras evocadas para el término inductor “sexualidad” 78

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería (UANL). Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nayarit Titular “C”. Profesora en la Licenciatura en Enfermería. Profesora en la Maestría en Salud Pública con perfil PRODEP. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. Correo: martha.valle@uan.edu.mx

² Doctora en Ciencias de la Salud Pública (UDG). Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nayarit. Profesora en la Licenciatura en Enfermería. Profesora en la Maestría en Salud Pública. Profesora con perfil PRODEP. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. Correo: cinthia.olea@uan.edu.mx

³ Maestro en Enfermería por la UACH, Profesor de Tiempo Completo titular A con Perfil Prodep, Diplomado en Tanatología por CECAPIP, Estudiante de la Maestría en Estudios de Género en la UAN. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. va. Correo: ian.zavala@uan.edu.mx

términos fueron obtenidos de los hombres y 73 fueron referidos por las mujeres. La palabra con el rango de frecuencia más alta fue "Sexo" con 13 (38.20) evocaciones y la más baja "cama" con 1 (2.90) evocación. En el primer cuadrante, los elementos primeros y más frecuentes a ser evocados son considerados centrales y representan los elementos estables en las representaciones sociales. De manera general fueron: *Sexo, Hombre, Mujer, Hijos, Amor, Género y Protección*. Dichos elementos en el *prototípico general* fueron: *Comunicación, Condón, Atracción, Pareja, Riesgo, Cuerpo, Infancia, Abuso, Personas, Respeto, Besos, Igualdad y Tolerancia*. Los elementos mencionados por los hombres en este cuadrante son: *Género, Mujer, Cuerpo, Pareja, Personas, Respeto, Amor, Igualdad e Infancia*. Las mujeres a cambio evocan: *Riesgo, Hijos, Sexo, Besos y Tolerancia*. Las evocaciones para el *prototípico general* fueron: *Amistad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Homosexualidad, Orientación sexual, Pornografía, Confianza, Decisión, Responsabilidad y Vagina*. Segregado por sexo los hombres en el último cuadrante refieren elementos como: *Pornografía, Decisión, Homosexualidad, Responsabilidad, ITS y Vagina*. Las mujeres por su parte expresan los siguientes elementos: *Confianza, ITS, Orientación, Pareja., Hombre, Mujer, Amor, Protección, Comunicación, Género y Atracción*.

Palabras clave: representaciones sociales, sexualidad, adolescencia.

Abstract

Social Representations (SR) on health, is the result of the articulation between representations and experiences about the body, and health conceptions and / or practices. Objective: To identify the structure and organization of the word sexuality in secondary school adolescents to provide elements on sexuality for the prevention of risky sexual behaviors and pregnancy in vulnerable groups. Design from the structural perspective of social representations. The study was conducted in

students of a Nayarit entity, there were 17 men and 17 women, between 12 and 14 years old. A sample was integrated. The instrument that was used was an associative technique for the collection of information. Free Listings: these favor the spontaneous expression of the subjects and, therefore, the content evoked is expected to be freer of rationalizations, defense biases or social desirability. For the analysis strategy, the prototypical analysis was used, once obtained from the free listings and the Salience of each term was identified through index. This calculation is based on the frequency of mention of the term as on the range of the location that each informant gave each word. To obtain it; Anthropic MS Dos version software and process analysis were used. Of 153 words evoked for the term "sexuality" 78 terms were obtained from men and 73 were referred by women. The word with the highest frequency range was "Sex" with 13 (38.20) evocations and the lowest "bed" with 1 (2.90) evocation. In the first quadrant according to Abric, the first and most frequent elements to be evoked are considered central and represent the stable elements in social representation. In general, they were: Sex, Man, Woman, Children, Love, Gender and Protection. These elements in the general prototypical were: Communication, Condom, Attraction, Couple, Risk, Body, Childhood, Abuse, People, Respect, Kisses, Equality and Tolerance. The elements mentioned by the men in this quadrant are: Gender, Woman, Body, Couple, People, Respect, Love, Equality and Childhood. Women in return evoke: Risk, Children, Sex, Kisses and Tolerance. The evocations for the general prototypical were: Friendship, STI, Homosexuality, Sexual orientation, Pornography, Confidence, Decision, Responsibility and Vagina. Segregated by sex, men in the last quadrant refer to elements such as: Pornography, Decision, Homosexuality, Responsibility, STIs and Vagina. Women, for their part, express the following elements: Trust, STI, Orientation, Couple, Man, Woman, Love, Protection, Communication, Gender and Attraction.

Key words: social representations, sexuality, adolescent.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (OMS, 2014).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la globalización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (OMS, 2014).

Las representaciones sociales constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa (Araya-Umaña, 2002).

La adolescencia es una etapa de la vida significativa, que determina la manera de conducirse en la vida adulta, debido a los cambios que se presentan a nivel físico, cognitivo y social. De ahí, la importancia de la sexualidad y la salud reproductiva causada por el impacto social que presentan, en cuanto a las conductas de riesgo (Lavielle, Vázquez, Aguirre, Castillo & Vega, 2014). Es importante poder identificar en esta etapa de desarrollo al agente socializador más representativo, el cual interviene en la construcción de estos símbolos, para conocer, si estas representaciones o símbolos, orientan su conducta en la práctica de su sexualidad.

Se entiende por sexualidad a las condiciones biológicas, físicas, anatómicas y emocionales que identifican tanto al género masculino como al femenino. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], la define como el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo (OMS, 2014). También es el conjunto de fenómenos

emocionales, de conducta relacionados con y de prácticas que se realizan con búsqueda del placer sexual, que marcaran de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida. Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo (OMS, 2006). En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Sin embargo, hoy se sabe que también algunos mamíferos muy desarrollados, como los delfines o algunos pingüinos presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye, además de homosexualidad (observada en más de 1500 especies de animales), variantes de la masturbación y de la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida (Aguirre, 2009).

La sexualidad ha sido considerada como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Sánchez, 2013).

La sexualidad se compone de tres características: erotismo, vinculación afectiva y reproductividad. Erotismo es la capacidad de sentir placer, a través de la respuesta sexual; vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas; reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye los sentimientos de maternidad y paternidad. Es de suma importancia en la construcción de la identidad, a partir de la estructura sexual basada en el sexo, ya que incluye todas las construcciones mentales y conductuales ser hombre o mujer (Alvarado, 2013). Son temas importantes el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, por ser vividos y expresados a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y papeles en relaciones interpersonales.

La sexualidad en la adolescencia ha sido poco explorada desde la visión y percepción de la persona que la está experimentando, omitiendo que los adolescentes presentan distintos intereses y preferencias que se manifiestan a través de modas, formas de expresión y actitudes, las cuales están determinadas por su entorno sociocultural, en donde buscan respuestas a estas inquietudes, en el entorno familiar, escolar, social y de sus pares (Libreros, Fuentes & Pérez, 2008).

Moscovici (1976) refiere que la sexualidad es uno de los ámbitos de la vida social más simbólicos y contiene múltiples dimensiones que rebasan las condiciones biológicas, por lo que es necesario entender que las valoraciones que tienden a ser compartidas socialmente contribuyen a la identidad social de los individuos, la cual puede reforzarse a partir de las representaciones sociales (y esta a su vez mantiene estructuras de pensamiento compartidas, orientadas hacia la normalización de las conductas sexuales de los adolescentes).

Rubio (1998), en su artículo sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales. Hace referencia a la reproductividad, el género, el erotismo y el vínculo afectivo. El primer componente es la reproductividad quien considera pensar en reproductividad y no en reproducción, dado que los seres humanos lo que siempre tienen es la potencialidad; a veces ésta no se hace realidad, por enfermedad, por decisión personal o porque no es congruente con el estilo de vida que se desarrolla desarrollamos, pero la potencialidad persiste. La reproductividad, por otro lado, no se limita al hecho biológico de poder embarazar y ser embarazada, es una dimensión humana mucho más compleja y sofisticada.

El segundo componente es el género. El género se convierte en el ser humano en algo mucho más complejo que sus orígenes; en las ventajas evolutivas adquiere desde los primeros años de la vida de todos nosotros una dimensión psicológica muy compleja que los científicos llaman identidad genérica. La identidad genérica (o identidad de género) es una especie de marco de ideas, de conceptos que todos tenemos respecto a lo que se es (en tanto hombres y mujeres), a lo que son los demás y a lo que debemos (o deberíamos) ser en función de nuestro sexo: masculino o femenino.

El tercer componente es el erotismo, entiendo la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Aquí nuevamente se trata de una potencialidad; el hecho de que todos los seres humanos nacen con esa posibilidad es sumamente importante. La gran mayoría de los seres humanos la desarrollan, la viven y la gozan, pero no todos. Lo que es universal es que todos podemos, tenemos la potencialidad de desarrollarlo. Como todos podemos, todos estamos expuestos a las experiencias que regulan su aparición, su desarrollo, su expresión y también, su disfunción, es decir, la aparición del erotismo es una forma indeseada por nosotros o por el grupo social al que pertenecemos. El placer sexual es un tipo de experiencia única. El vínculo afectivo: el cuarto componente, lo que casi todos los seres humanos experimentan es algo que podemos denominar mejor como vínculo afectivo. Un vínculo es un lazo, una unión. El primer vínculo de los seres humanos con alguna otra persona es físico, se llama cordón umbilical y lo tenemos durante más o menos ocho meses; nos une a la mujer que nos lleva en su vientre. Este vínculo (que por cierto es más complejo que solo un cordón), se rompe de manera más bien brusca al nacer el nuevo ser.

El ser humano nace en tales condiciones que necesita el cuidado de otros seres humanos durante mucho tiempo sin riesgo de morir. Entre las dos personas interesadas, usualmente la madre y el bebé, aparece muy pronto otro vínculo, es decir, otra unión, pero este vínculo ya no es físico, ya no está compuesto de tejidos y células, sino que está compuesto de lo que cada uno siente: la presencia de ese otro ser no nos es indiferente, sino que nos provoca sentimientos muy intensos, que llamamos respuestas afectivas. Lo que cada uno de los dos involucrados siente respecto de la presencia o de la ausencia de ese otro ser, no de cualquier ser humano, sino de ese en especial, es el tejido con el que se teje el vínculo afectivo (Rubio, 1998).

En la evolución sexual del adolescente, participan factores como, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales y/o a las reacciones de los padres ante su evolución sexual (García, Menéndez, Fernández & Cuesta, 2012). Es por lo anterior, que la sexualidad es uno de los ámbitos de la vida social más simbólicos y con múltiples dimensiones que rebasan las condiciones biológicas, por lo que es necesario entender que las valoraciones que tienden a ser compartidas socialmente, contribuyen a una identidad social de los individuos, la cual puede ser reforzada a partir de una representación social y estas a su vez mantienen estructuras de pensamiento compartidas, orientadas hacia una normalización en las conductas sexuales de los adolescente (Moscovici, 1976).

En un estudio realizado por Castañeda, Villaseñor & Espinosa (1998). sobre la percepción de sexualidad humana los adolescentes no tenían una definición clara de sexualidad y que no hay consenso cultural en los elementos retomados para su conceptualización; éstos giraron principalmente (según peso cultural) en torno a cuestiones psicoafectivas, inseguridad y cuidado y prácticas sexuales, donde, aunque con poca frecuencia, la violencia aparece como elemento conceptual, asociada con la noción de dolor y un ejercicio de dominación mediante la fuerza para conseguir la virginidad o la relación sexual.

Por otro lado, las nociones sobre el cuerpo se entrelazan con estas concepciones que producen y norman la naturaleza particular del deseo en cada cultura; ellas condicionan el tipo de disciplinas, que será ejercido sobre los individuos para la obtención de “sujetos” (en ambos sentidos del término) genéricamente diferenciados (Foucault, 1984). El cuidado de uno mismo, física y psicológicamente, no se promueve ni se crea conciencia de este, porque de esa manera se podría desarrollar el empoderamiento, el ser y la libertad. Es preciso darnos cuenta de que el conjunto de factores que intervienen en la cuestión de sexualidad y los adolescentes porque requiere un abordaje multidisciplinario.

Las RS constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo (Araya-Umaña, 2002). Permiten reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social, aproximándonos a la visión que las personas o grupos tienen, es decir, el conocimiento del sentido común, que es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

La teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1976), se presenta como una propuesta de cambio epistemológico de interpretación de la realidad cotidiana en la vida actual, marcando una ruptura con los modelos funcionalistas y positivistas que no permiten explicar la realidad de otras dimensiones. En ese sentido y siguiendo las representaciones sociales, este estudio es visto desde un sentido estructural propuesto por Abric (2001).

En este trabajo se pretende aportar información reciente sobre este tema, y trata de responder a dos interrogantes: ¿qué opinan los adolescentes sobre el tema de sexualidad? y ¿qué significados y valores utiliza para ejercer su sexualidad con responsabilidad? El propósito principal es conocer la sexualidad, a través de las representaciones sociales percibidas y relacionar estas representaciones con algunas conductas sexuales. No se pretende hacer una exposición acabada del estudio de las representaciones sociales de la sexualidad, sino un primer acercamiento al tema, a partir de la información analizada de estudios anteriores.

Objetivo

Identificar la estructura y organización de la palabra sexualidad en adolescente de secundaria con el fin de aportar elementos sobre sexualidad para la prevención de conductas sexuales de riesgo y embarazo en grupos vulnerables.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Diseño desde la perspectiva estructural de las representaciones sociales. Comprende dos fases: la estructura y el contenido de la RS de sexualidad a) la obtención de información para identificar el contenido de las representaciones

sociales a través de la identificación del nodo central empleando el criterio de saliencia, con base en el análisis prototípico (Verges, Tyszka, & Verges, 1994); b) la descripción de la organización y la estructura de una representación y c) la verificación de la centralidad de la representación.

El estudio se realizó en una entidad de Nayarit. La selección de los informantes se realizó con la estrategia de muestreo propositivo (Suri, 2011). Los criterios para la selección fueron: hombres y mujeres, estudiantes de secundaria, fueron abordados al inicio de la sesión de clase. Fueron 17 hombres y 17 mujeres estudiantes de secundaria, sus edades fluctuaron entre los 12 y 14 años. Se les pidió a los informantes términos relacionados con una esfera conceptual particular: “Dime cinco palabras o frases que se te vienen a la mente cuando escuchas: “sexualidad”, una vez escritas las palabras en el instrumento, se les pide una pequeña explicación de por qué dijeron cada una de ellas. El tiempo de aplicación fue de cinco a diez minutos, lo que facilitó la participación de los estudiantes.

El instrumento que se utilizó para la colecta de la información fue una técnica asociativa listados libres. Consistió en proporcionar a los participantes un término inductor o una palabra (sexualidad), posteriormente se les pidió que realizaran un listado de cinco términos, expresiones o adjetivos que se les “ocurrieran” y se le vinieran a la mente de manera espontánea a partir del término inductor. Posterior a la elección de términos, se les solicitó una breve explicación del por qué eligieron cada una de las palabras y eso se registró (Torres, Munguía, Aranda & Salazar, 2015). La asociación o listado libres fue, probablemente, una técnica esencial para recolectar los elementos constitutivos del contenido de la representación. La expresión espontánea de los sujetos favoreció que el contenido evocado estuviera más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (Abric, 2001; Torres, Munguía, Aranda & Salazar, 2015). La técnica de recolección de datos fue asociativa, a través de listados libres; estos favorecen la expresión espontánea de los sujetos y, por ello, se espera que el contenido evocado esté más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (Ruiz, Ponce de León, & Herrera, 2001). Esta técnica consistió en proporcionar a los participantes el término inductor sexualidad en el instrumento, para que escribieran términos relacionados que se vinieran a la mente, es decir, de manera espontánea a partir de la palabra o el término inductor solicitado, una vez escritas las palabras en el instrumento, de forma consecutiva, se les solicitó a los participantes una breve explicación del por qué eligieron cada una de las palabras y eso registró.

Estrategia de Análisis

Se realizó un análisis prototípico: Los listados libres se capturaron en una hoja de Excel, se identificó la salience de cada término a través del índice de Smith. Este cálculo se basa tanto en la frecuencia de mención del término como en el rango de la ubicación que le otorgó cada informante a cada palabra. Para su obtención; se utilizó el software Anthropac versión de MS Dos. Se procedió a clasificarlos considerando la frecuencia y el rango promedio obtenido en las mujeres y hombres estudiantes de secundaria. En el análisis prototípico de la RS se determina con base en las palabras obtenidas en los listados libres la relevancia (salience) de cada término a través del índice de Smith (1993); este cálculo se basa tanto en la frecuencia de mención del término como en el rango de la ubicación que le otorgó cada informante a cada palabra. El núcleo central y sistema periférico de las Representaciones Sociales de la Sexualidad. En el prototipo, los elementos hipotéticamente centrales son aquellos que son más frecuentes y evocados en los primeros lugares de la lista de palabras.

Análisis prototípico

A partir de la lista de términos evocados, se realiza un análisis lexicográfico que pone en evidencia el “prototipo” de la representación, que busca descubrir la organización del contenido, cruzando dos indicadores: la frecuencia de aparición de los ítems en la población encuestada, con el rango de aparición de estos ítems (definido como el rango promedio calculado sobre el conjunto de la población); es decir, determinar si la palabra fue evocada en primer lugar, en segundo, etc. Este análisis genera un cuadro de dos entradas donde presenta la jerarquía estructural de los términos, es decir, el núcleo central, el periférico fuerte y los periféricos débiles. La interpretación que se hace es que los elementos que tienen una alta frecuencia y débil rango promedio de aparición son los que hipotéticamente constituyen el núcleo central de la RS.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo Identificar la estructura y organización de la palabra sexualidad en adolescente de secundaria con el fin de aportar elementos sobre sexualidad para la prevención de conductas sexuales de riesgo y embarazo en grupos vulnerables. El análisis de los datos mediante el uso de la versión de MS Dos de Anthropac indicó para el grupo de participantes un total de 153

palabras evocadas para el término inductor “sexualidad” 78 términos fueron obtenidos de los hombres y 73 fueron referidos por las mujeres. La palabra con el rango de frecuencia más alta fue “Sexo” con 13 (38.20) evocaciones y la más baja “cama” con 1 (2.90) evocación (Tabla 1).

Tabla 1. Palabras de mayor frecuencia del concepto “sexualidad” en mujeres y hombres

Posición	Palabra	Frecuencia	Rango promedio*	Índice de Smith
1	Sexo	13	2.15	0.286
2	Hombre	11	2.091	0.250
3	Mujer	10	2.400	0.206
4	Hijos	9	2.667	0.172
5	Amor	8	2.500	0.160
6	Género	7	2.571	0.133
7	Protección	5	2.200	0.100
8	Embarazo	5	3.800	0.062
9	Pareja	4	3.000	0.069
10	Amistad	4	3.500	0.056
11	Comunicación	4	1.250	0.112
12	Condón	4	2.500	0.078
13	Atracción	4	3.000	0.067
14	Its	4	4.250	0.038
15	Infancia	3	2.667	0.052
16	Riesgo	3	1.333	0.082
17	Orientación Sexual	3	4.667	0.019
18	Homosexualidad	3	4.000	0.028

19	Cuerpo	3	2.000	0.063
20	Pornografía	3	4.333	0.029
21	Responsabilidad	2	3.500	0.029
22	Abuso	2	1.000	0.059
23	Personas	2	1.500	0.053
24	Respeto	2	1.500	0.053
25	Besos	2	3.000	0.027
	Total	153		

Nota: *El rango promedio es el lugar de mención de la palabra, de 153 términos se presentan los primeros 25.

Fuente: Elaboración propia.

En el primer cuadrante según Abric (2003), encontramos los elementos primeros y más frecuentes a ser evocados, son considerados centrales y representan los elementos estables en las representaciones sociales. En la tabla general son: *Sexo, Hombre, Mujer, Hijos, Amor, Género y Protección*. Segregado por sexo los hombres en el primer cuadrante evocan elementos como: *Sexo, Hijos, Hombre y Condón*; mientras que las mujeres mencionan: *Hombre, Mujer, Amor, Protección, Comunicación, Género y Atracción*.

La primera periferia denota los elementos que presentan alta frecuencia y baja importancia, que complementan el núcleo central y dan sentido y significado a las representaciones, así como influyen las prácticas sociales. El elemento para el *prototípico general* es: *Embarazo*. Macedo, Miranda, Pessoa & Nóbrega (2013), en su estudio sobre Adolescencia y sexualidad: guiones sexuales desde las representaciones sociales hace referencia que el concepto de sexualidad está anclado como acto sexual, objetivado a través de guiones sociales y sexuales, lo que les da a los adolescentes un conocimiento práctico sobre sí mismos. Gomes & Nunes (2014) en sus resultados respaldaron la hipótesis de un núcleo central común para todos los grupos que muestra una visión romántica del sexo.

Las diferencias encontradas en el sistema periférico sugieren que la experiencia sexual afecta la representación del sexo de una manera que a estos individuos les parece más clara la necesidad de protección cuando se trata del sexo. Por otra parte, investigadores como Martell, Ibarra, Contreras & Esteban (2018) reportaron que el concepto de sexualidad en adolescentes desde la teoría

de las representaciones sociales se relaciona con: amigos, escuela, familia, fiesta, sexo, compromiso, embarazo, placer y riesgo.

Los hombres en este cuadrante no refieren evocaciones. Pero las mujeres mencionan el *Embarazo* y la *Amistad* como elementos periféricos. En seguida se encuentran los elementos de contraste que se caracterizan por presentar baja frecuencia y alta importancia debido a su fluidez y mayor posibilidad de cambio, para el autor Abric, los elementos presentes en este cuadrante pueden expresar tanto un subtipo de representación como ser un elemento complementario de la primera periferia o incluso pueden indicar cambios en la representación. Dichos elementos en el *prototípico general* fueron: *Comunicación, Condón, Atracción, Pareja, Riesgo, Cuerpo, Infancia, Abuso, Personas, Respeto, Besos, Igualdad y Tolerancia*.

Los elementos mencionados por los hombres en este cuadrante son: *Género, Mujer, Cuerpo, Pareja, Personas, Respeto, Amor, Igualdad e Infancia*. Las mujeres a cambio evocan: *Riesgo, Hijos, Sexo, Besos y Tolerancia*. Pacheco, Rincón, Elías, Latorre, Enríquez & Nieto (2007) reportan que los niños (masculinos) se ven como sanos y a sus parejas como posibles transmisoras, con base en estereotipos de género y en relaciones de poder desiguales. Mientras que las niñas relacionan el concepto de sexualidad como masculinidades tradicionales, es decir, es el hombre quien, como parte de la sociedad y la cultura, ve a las mujeres como responsables de las consecuencias y como posibles transmisoras de Infecciones de Transmisión Sexual.

Finalmente, en la segunda periferia se cuenta con los elementos con baja frecuencia e importancia. Dichos elementos que forman parte del sistema periférico de las representaciones y que se consideran más emancipados ya que mantienen cierto grado de independencia de la representación central, que es más hegemónica; es decir, son valores y posicionamientos individuales que están en constante transformación; y por ende, vinculados a las experiencias inmediatas y asociadas a las prácticas sociales. Las evocaciones para el *prototípico general* fueron: *Amistad, ITS, Homosexualidad, Orientación sexual, Pornografía, Confianza, Decisión, Responsabilidad y Vagina*.

Segregado por sexo los hombres en el último cuadrante refieren elementos como: *Pornografía, Decisión, Homosexualidad, Responsabilidad, ITS y Vagina*. Las mujeres por su parte expresan los siguientes elementos: *Confianza, ITS, Orientación y Pareja*. Estos hallazgos antes mencionados dan respuesta al objetivo planteado y proporcionan información que permitirá el diseño e implementación de futuras investigaciones con población o grupos vulnerables desde la perspectiva de la salud pública y sexual.

En la representación prototípica “Sexualidad” en general de los 34 participantes de las 153 palabras se retiene un 84.96% de las evocaciones totales (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis prototípico del concepto de “Sexualidad” (General)

Representación prototípica “Sexualidad” (General n=34)					
Rango	Bajo<=3.13		Alto>3.13		
	Sexo	13 (2.15)	Embarazo	5 (3.80)	
Alta	Hombre	11 (2.09)			
=>4.3	Mujer	10 (2.40)			
	Hijos	9 (2.67)			
	Amor	8 (2.50)			
	Género	7 (2.57)			
	Protección	5 (2.20)			
Frecuencia	Comunicación	4 (1.25)	Amistad	4 (3.50)	
	Condón	4 (2.50)	ITS	4 (4.25)	
Rango	Bajo<=3.13		Alto>3.13		
	Atracción	4 (3.00)	Homosexualidad	3 (4.00)	
	Pareja	4 (3.00)	Orientación sexual	3 (4.67)	
	Riesgo	3 (1.33)	Pornografía	3 (4.33)	
	Cuerpo	3 (2.00)	Confianza	2 (3.50)	
Baja	Infancia	3 (2.67)	Decisión	2 (3.50)	
<4.3	Abuso	2 (1.00)	Responsabilidad	2 (3.50)	

Personas	2	(1.50)	Vagina	2	(4.50)
Respeto	2	(1.50)			
Besos	2	(3.00)			
Igualdad	2	(3.00)			
Tolerancia	2	(3.00)			

Rango promedio 3.13 Evocaciones retenidas 84.96%

Fuente: Elaboración propia.

En la representación prototípica “Sexualidad” en hombres de los 34 participantes de las 153 palabras se retiene un 74.35% de las evocaciones totales (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis prototípico del concepto de “Sexualidad” (Hombres)

Representación prototípica “Sexualidad” (Hombres n=17)					
Rango	Bajo ≤ 3.04		Alto > 3.04		
	Sexo	11	(2.18)		
Alta	Hijos	6	(2.67)		
⇒ > 3.05	Hombre	4	(2.50)		
	Condón	4	(2.50)		
Frecuencia	Género	3	(2.33)	Pornografía	3 (4.33)
	Mujer	3	(2.67)	Decisión	2 (3.50)
	Cuerpo	2	(1.50)	Homosexualidad	2 (3.50)
Rango	Bajo ≤ 3.04		Alto > 3.04		
	Pareja	2	(1.50)	Responsabilidad	2 (3.50)

	Personas	2	(1.50)	ITS	2	(4.00)
	Respeto	2	(1.50)	Vagina	2	(4.50)
Baja	Amor	2	(2.50)			
<3.05	Igualdad	2	(3.00)			
	Infancia	2	(3.00)			

Rango promedio 3.04 Evocaciones retenidas 74.35%

Fuente: Elaboración propia.

En la representación prototípica “Sexualidad” en mujeres de los 34 participantes de las 153 palabras se retiene un 88% de las evocaciones totales (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis prototípico del concepto de “Sexualidad” (Mujeres)

Representación prototípica “Sexualidad” (Mujeres n=17)						
Rango	Bajo ≤ 3.12			Alto > 3.12		
	Hombre	7	(1.86)	Embarazo	5	(3.80)
	Mujer	7	(2.29)	Amistad	4	(3.50)
Alta	Amor	6	(2.50)			
=>3.67	Protección	5	(2.20)			
	Comunicación	4	(1.25)			
	Género	4	(2.75)			
	Atracción	4	(3.00)			
Frecuencia	Riesgo	3	(1.33)	Confianza	2	(3.50)
Baja	Hijos	3	(2.67)	ITS	2	(4.50)

Rango	Bajo<=3.12	Alto>3.12
<3.67	Sexo 2 (2.00)	Orientación 2 (4.50)
	Besos 2 (3.00)	Pareja 2 (4.50)
	Tolerancia 2 (3.00)	
Rango promedio 3.12 Evocaciones retenidas 88%		

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Abordar el fenómeno de la sexualidad desde una perspectiva bio-cultural a través de las Representaciones Sociales (RS) permite conocer los mapas cognitivos de los adolescentes e identificar a partir de las evocaciones, elementos “predictores” de comportamientos o conductas de riesgo, bajo la premisa de que las personas actuamos a partir de abstracciones; es decir, a partir de los conceptos que se construyen por la cultura -creencias, representaciones, símbolos, percepciones, entre otras, que se materializan a través de conductas concretas.

En el caso de la salud sexual y de la sexualidad responsable, los participantes denotan cognemas que pueden ser riesgosos para su salud y que están interrelacionados con un contexto y una cultura dada. Lo que significa que la sexualidad y lo que cree sobre ésta, es influenciado por la cultura y no está determinada exclusivamente por aspectos biológicos que explican la conducta de riesgo en los sujetos como algo meramente cerebral: estímulo-respuesta.

Finalmente, la metodología de las RS a través de los descriptores más frecuentes (cognemas) permite realizar una valoración simbólica positiva e identificar las creencias centrales y periféricas como ideas representativas del pensamiento social. Este hecho nos da una visión sistémica del posible comportamiento de los adolescentes; y al mismo tiempo, nos arroja recursos a manera de palabras que se pueden traducir en conductas protectoras o de riesgo para el tema en cuestión.

Conocer las Representaciones Sociales (RS) del concepto Sexualidad en adolescentes permite establecer programas y estrategias de salud que contribuyan a la prevención de problemáticas de salud sexual; en este sentido, se configuran caminos de bienestar en las juventudes con intervenciones educativas coherentes

con las necesidades y representaciones de los adolescentes sobre la problemática que vivencian.

LITERATURA CITADA

- Abric, J. C. (2001). Prácticas y representaciones sociales. *Ediciones Coyoacán*, México.
- Aguirre, A. (2009) Psicología de la adolescencia. España: Marcombo.
- Alvarado Thimeos, J. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes. *Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales*, (29), 25-42. Recuperado de http://www.umce.cl/joomlatoools-files/docman-files/universidad/revistas/contextos/N29_02.pdf
- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión, *Cuadernos de Ciencias Sociales* n° 127, San José de Costa Rica: FLACSO.
- Begazo, R. C., & Varas, T. W. (1994). La adolescencia como problema de salud reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 40(2), 33-39. Recuperado de <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1428>
- Butler, J. (2015). Cuerpos que todavía importan. En H. La greca (Presidenta), en el contexto de la presentación de la Red Interdisciplinaria de estudios de Género UNTREF, llevado a cabo la Universidad Nacional de tres de Febrero, Argentina. Recuperado de <https://www.untref.edu.ar/mundountref/conferencia-de-judith-butler-en-la-untref-cuerpos-que-todavia-importan>
- Castañeda, T. J., Villaseñor, F. M., Nuño, G. B., & Espinosa, R. G. (1998). Percepción de adolescentes de preparatoria sobre la sexualidad humana. *Palacios EM, Román PR, Vera NJ, comp. La modernización contradictoria. Desarrollo humano, salud y ambiente en México. Guadalajara Méx: Universidad de Guadalajara y Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD)*, 380-390.
- CONAPO (2016). Acciones y programas: Salud sexual y reproductiva. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/salud-sexual-y-reproductiva>
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387-398. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011

- Estupiñan-Aponte., M.R., Amaya-Estupiñan., I.c. & Rojas Jiménez., Y.A. (2012). Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 941-501. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2012.v14n3/491-501/es/>
- Figuroa Perea, J. G., & Rivera Reyes, G. (2001). Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina. En González Montes S. (Ed). *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana* (15-16). Ciudad de México, México: Colegio de México.
- García-Vega, E., & Menéndez Robledo, E., & Fernández García, P., & Cuesta Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1) 79-87. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2990/299023539010>
- Gomes, A., & Nunes, C. (2014). The effect of sexual experience on the social representation of sex in Portuguese young adults. *Health Psychology Research*, 2(2). doi.org/10.4081/hpr.2014.1547
- Gómez-Sotelo, Á., Gutiérrez-Malaver, M. E., Izzedin-Bouquet, R., Sánchez-Martínez, L. M., Herrera-Medina, N. E., & Ballesteros-Cabrera, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 14, 189-199. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000200001&script=sci_abstract
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., del Carmen Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745480010.pdf>
- Libreros, L., Fuentes, L., & Pérez, A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(4). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=20190>
- Macedo Senei da Rocha H., Miranda Francisco A., Nunes de Pessoa J., Joao M., & Nóbrega Vannucia K. de M. (2013). Adolescência e sexualidade:

- scripts sexuales a partir das representações sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 103-9. doi.org/10.1590/S0034-7167201300010001
- Martell Martínez, N. G., Ibarra Espinosa, M. L., Contreras Landgrave, G. & Camacho Ruiz, E. J. (2018). La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. *Psicología y Salud*, 28(1), 15-24. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2545>
- Montes, G. (1993). *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana* (No. 305.42 R4).
- Moscovici, S. (1976). *Psicología Social tomo II. Paidós mexicana*.
- OMS (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Ginebra: OMS
- OMS (2014). *Biblioteca de la Salud Reproductiva*. Recuperado de *Salud Sexual y Reproductiva Adolescente*. <http://apps.who.int/rhl/adolescent/es/>
- OMS (2016). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
- Pacheco-Sánchez, C. I., Rincón-Suárez, L. J., Elias-Guevara, E., Latorre-Santos, C., Enríquez-Guerrero, C., & Nieto-Olivar, J. M. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, 49(1), 45-51. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10649107>
- Quintero, Y., Villarroel, J., Pargas, L., Bastardo, G., Angarita, C., Rivas, J. G., & Castañeda, G. (2016). La Teoría de Representaciones Sociales, su aplicación en los estudios de salud y enfermedad: el caso de la obesidad. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 3(2), 138-148. Recuperado de <https://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/105>
- Rubio, E. (1998). *Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales*. *Antología de lecturas sobre la sexualidad*.
- Sánchez Tejeda, J. (2013). *Educación para la salud: una introducción*. Editorial Manual Moderno, México.
- Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75. Recuperado de <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=532022523759271;res=IELHSS>

Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta en Guadalajara, México. *Revista CES psicología*, 8 (1); 63-76. Recuperado en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539425005>

SÍNTESIS CURRICULAR

Martha Ofelia Valle Solís

Licenciada en Enfermería (UAN). Maestra en Ciencias de la Salud (UAN). Doctora en Ciencias de Enfermería (UANL). Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nayarit Titular “C”. Profesora en la Licenciatura en Enfermería. Profesora en la Maestría en Salud Pública con perfil PRODEP. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. Ha sido autora y coautora de varios artículos desde la perspectiva cuantitativa. Correo martha.valle@uan.edu.mx

Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez

Licenciada en Enfermería (UAN). Maestra en Enfermería (UACH). Doctora en Ciencias de la Salud Pública (UDG). Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Nayarit. Profesora en la Licenciatura en Enfermería. Profesora en la Maestría en Salud Pública. Profesora con perfil PRODEP. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. Ha sido autora y coautora de varios artículos desde la perspectiva cualitativa. Correo cinthia.olea@uan.edu.mx

Ian Coahpetzin Zavala Pérez

Licenciado en Enfermería por la UAN, Lic. En Psicología por la UNIVAM, Maestro en Enfermería por la UACH, Profesor de Tiempo Completo titular A con Perfil Prodep, Diplomado en Tanatología por CECAPIP, Estudiante de la Maestría en Estudios de Género en la UAN. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. Ha sido autor y coautor de varios artículos desde la perspectiva cualitativa. Correo: ian.zavala@uan.edu.mx

PERMISIVIDAD SOCIAL, ESPIRITUALIDAD E INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES

SOCIAL PERMITTIVITY, SPIRITUALITY AND INTAKE OF ALCOHOLIC DRINKS IN ADOLESCENTS

Juan Yovani **Telumbre-Terrero**¹; Manuel Antonio **López-Cisneros**²; Gloria Margarita **Ruiz-Gómez**³; Geu Salome **Mendoza-Catalán**⁴ y Lucero **Fuentes-Ocampo**⁵

Resumen

El consumo de alcohol es considerado un problema creciente de salud pública, contribuyendo de forma importante a la carga mundial de morbilidad. Objetivo: Analizar la relación de la permisividad social, la espiritualidad y la ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes. Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional realizado en 213 adolescentes

de una institución pública de educación básica de Ciudad del Carmen Campeche. Para la recolección de la información se utilizó la escala de Permisividad Social y la Escala de Espiritualidad, la captura y análisis se realizó en el programa estadístico SPSS V 21 a través de la estadística descriptiva e inferencial. Como resultados tenemos que los adolescentes consideran que sus amigos piensan que está mal emborracharse (80.8%) y drogarse (79.3%),

¹ Maestro en Ciencias de Enfermería. Doctorante en Salud Mental. Profesor Investigador de Tiempo Completo. Facultad de Ciencias de la Salud. Campus III. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP. 24115. Ciudad del Carmen Campeche. Tel. 938 38 11 018. Ext. 2301. Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx

² Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor Investigador de Tiempo Completo. Facultad de Ciencias de la Salud. Campus III. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP. 24115. Ciudad del Carmen Campeche. Tel. 938 38 11 018. Ext. 2301. Correo: mlopez@pampano.unacar.mx

³ Doctora en Educación. Directora General de Docencia. Facultad de Ciencias de la Salud. Campus III. Universidad Autónoma del Carmen. Av. Central s/n. Esq. Fracc. Mundo Maya. CP. 24115. Ciudad del Carmen Campeche. Tel. 938 38 11 018. Ext. 2301. Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx

⁴ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Baja California. Calle G S/N, Nueva, 21100 Mexicali, B.C. Correo: geu.mendoza@uabc.edu.mx

⁵ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. Departamento de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste. Universidad de Guanajuato. Cieneguilla-Municipio de Tierra Blanca, Guanajuato. C.P. 37975. México. Tel. 01 462 624 18 89. Ext. 1856. Correo: lucerofuentes0720@gmail.com

pero también el 62% manifestó que tiene un familiar que bebe hasta emborracharse. En relación con la espiritualidad el 79.3% considera que, si tiene fe en un poder más grande que el mismo, 70.5% si cree que exista una fuerza espiritual que pueda ayudarlo con sus problemas y el 54% considera que meditar o rezar le ayuda mucho. Se identificó una relación positiva y significativa de la permisividad social y el consumo de alcohol ($r_s = .194, p = .007$) y una relación negativa de la espiritualidad y la ingesta de bebidas alcohólicas ($r_s = -.190, p = .009$). Estos hallazgos ponen en evidencia la influencia de determinadas variables que deben considerarse para el diseño e implementación de intervenciones de enfermería y poder reducir los daños biológicos, psicológicos y sociales a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: permisividad, espiritualidad, consumo de alcohol, adolescente.

Abstract

Alcohol consumption is considered a growing public health problem, contributing significantly to the global burden of disease. Objective: To analyze the relationship of social permissiveness, spirituality, and the intake of alcoholic beverages in adolescents. A descriptive correlational study was carried

out in 213 adolescents of a public institution of basic education in Ciudad del Carmen Campeche. For the collection of information, the Social Permittance scale and the Spirituality Scale were used, the capture and analysis was performed in the SPSS V 21 statistical program through descriptive and inferential statistics. As a result, we have that adolescents consider that their friends think it is wrong to get drunk (80.8%) and get high (79.3%), but also 62% said they have a family member who drinks until they get drunk. Regarding spirituality, 79.3% consider that if they have faith in a power greater than the same, 70.5% believe that there is a spiritual force that can help them with their problems and 54% consider that meditating or praying helps them a lot. A positive and significant relationship of social permissiveness and alcohol consumption ($r_s = .194, p = .007$) and a negative relationship of spirituality and alcoholic beverage intake ($r_s = -.190, p = .009$). These findings highlight the influence of certain variables that should be considered for the design and implementation of nursing interventions and reduce the biological, psychological, and social damage in the short, medium, and long term.

Key words: permissiveness, spirituality, alcohol intake, adolescent.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo cual representa el 5.9% de todas las defunciones registradas. Además, el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, en términos general el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones se atribuye al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).

Así también de todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones. Se estima que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol (OMS, 2018). En termino generales más de una cuarta parte de los jóvenes de 15-19 años son bebedores, donde las mayores tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes de 15-19 años corresponden a Europa (44%), las Américas (38%) y el Pacífico Occidental (38%). Se destaca que el 45% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas espirituosas, la cerveza es la segunda bebida alcohólica en términos de alcohol puro consumido, seguida del vino (OMS, 2018).

El consumo de alcohol en las Américas es de aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial. En general, la población en las Américas consume alcohol en un patrón que es peligroso para la salud. Este tipo de consumo de riesgo se asocia con diversos daños a la salud y sociales, que incluyen más de 200 condiciones (enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, las lesiones y el VIH), así como la violencia doméstica, la pérdida de productividad, y muchos costos ocultos (Organización Panamericana de la Salud, 2018). El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol. Las personas de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En México la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017): reporte alcohol, estimo que en población adolescente (12-17 años) el 39.8% ha consumido alcohol alguna vez en la vida (41.7% hombres y 37.9% mujeres) y 28% (4 millones) ha consumido en el último año (28.8% hombres y 27.2% mujeres). El consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 8.3% (1.1 millones) (8.9% hombres y 7.7% mujeres) y la posible dependencia al alcohol fue de 0.8% (115 mil) (0.9% hombres y 0.7% mujeres). En cuando al tipo de bebida consumida en los últimos 12 meses, la bebida con la más alta prevalencia fue la cerveza (40.8%), en segundo lugar, fueron los destilados (brandy, tequila, ron, whisky, cognac, vodka, etc.) con un 19.1%, seguido de los vinos de mesa (8.2%) y las bebidas preparadas (coolers, Qbitas, etc.) (7%). El pulque y otros fermentados (3.6%), así como el alcohol del 96 o los aguardientes (1.4%) presentan las prevalencias más bajas de consumo.

Por lo que respecta al Estado de Campeche, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) por entidad federativa estimo que el porcentaje de adolescentes que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida fue de

36.9%, y fue similar en hombres (39.3%) y mujeres (34.5%). Por grupos de edad, en los hombres de 15 a 19 años el porcentaje de los que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida fue 3.4 veces mayor que el porcentaje en los de 10 a 14 años (60.2 y 17.8%, respectivamente). En las mujeres de 15 a 19 años el porcentaje de las que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida fue 3.3 veces mayor que el porcentaje en las de 10 a 14 años (52.9 y 16.1%, respectivamente). Respecto a la comparación con las estimaciones nacionales, el porcentaje de adolescentes de Campeche que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida se ubicó en la posición 23 entre todos los estados y estuvo debajo de la estimación nacional (42.94%).

La adolescencia es un período que se caracteriza por tratar de independizarse de los padres y demás adultos, estrechar la amistad con otros jóvenes y experimentar con muchas ideas, productos y estilos de vida (Güemes-Hidalgo, Ceñal & Hidalgo, 2017). A veces entraña asumir mayores riesgos, adoptar decisiones, aceptar soluciones de compromiso y aprovechar oportunidades que podrían conducir a resultados inciertos. De esta forma, el consumo de drogas, tabaco y alcohol entre los adolescentes se está convirtiendo en una vía para escapar de situaciones de las que suelen sentirse impotentes para cambiar (Portela, França & Goldim, 2015).

Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en la etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio del consumo de drogas (Bernal & König, 2017; Borrás, Reynaldo, & López, 2017). Es así, que se ha identificado que la permisividad influye como primer predictor y de forma consistente con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (Orcasita, 2018), al parecer que en la medida que los adolescentes estén de acuerdo con que los jóvenes de su edad realicen conductas de riesgo, mayor será la probabilidad para que se involucren en el consumo de sustancias, así como mayor será la percepción de tolerancia y accesibilidad, es decir, las actitudes y la tolerancia o aceptación hacia el consumo de drogas son reforzados en el grupo bajo el cual se forma el adolescente (Martínez, Scopetta, & Martín, 2019).

Además, hay que tener en cuenta que la percepción de consumo por parte de los pares, la permisividad por parte de la familia o los adultos, la facilidad de acceso al alcohol y los diferentes patrones de consumo influyen en las expectativas, patrones e intenciones de consumo de los jóvenes (Preciado, Rivas & Klimenko, 2017). Por otro lado, la espiritualidad ha sido un factor mediador de la conducta y por lo tanto un factor de protección ante el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y también un predictor y factor de recuperación en personas drogodependientes (Cervantes, Rodríguez, Alonso, Rodríguez, Álvarez & Leija,

2018). La religión y la espiritualidad juegan un papel importante durante la adolescencia y la juventud y por lo tanto del nivel de salud en los mismos. Los efectos protectores están mediados por las creencias y actitudes negativas hacia el alcohol, el modelamiento, la permisividad social y los motivos para consumir alcohol, pero no siempre se pueden considerar como factores protectores, si no bidireccionales (Yañez-Castillo, Villar-Luis & Alonso, 2018).

En este sentido, el objetivo del presente estudio es analizar la relación de la permisividad social, la espiritualidad y la ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes de Ciudad del Carmen Campeche, se espera que los resultados puedan servir de base para el sustento de intervenciones de enfermería que fortalezcan los factores de protección en este grupo vulnerable. Además de poder incluir aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión del fenómeno de las adicciones dada la complejidad de este y diseñar e implementar acciones eficaces y eficientes, que contribuyan a la reducción de consumo de alcohol y por ende a la limitación de los daños a corto, mediano y largo plazo.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo cuantitativo de corte descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2009) llevado a cabo durante el mes de agosto de 2019. La población estuvo conformada por 827 adolescentes de una institución pública de educación secundaria de Ciudad del Carmen Campeche, México. Se realizó un muestreo probabilístico, el tamaño de muestra fue calculada con un nivel de significancia de .04, una potencia del 90% y un coeficiente de correlación alterno de .08, considerando una tasa de no respuesta del 5%, obteniendo una muestra final de 213 sujetos (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000).

Como instrumentos de recolección de datos se utilizó un Cuestionario sobre datos sociodemográficos y antecedentes del consumo de alcohol, el cual recopila biológicos (edad y sexo), sociales (ocupación y datos familiares) y características del consumo de alcohol (prevalencias, edad de inicio del consumo de alcohol, número de bebidas y tipo de bebida). En relación a la Permisividad Social se utilizó el dominio 4 y para la espiritualidad el dominio 5 del Cuestionario de Factores de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas en Jóvenes (Morales, Plazas, Sanchez & Ventura, 2011) diseñado por un Grupo de Investigadores en Adicciones del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo (USP) quienes han estimado una confiabilidad de .82 de manera general y de .76 hasta .92 en sus sub escalas. El cual está constituido por 14 reactivos dicotómicos (8 escala de permisividad social y 6 escala de

espiritualidad), donde 0= No y 1= Si, estos dominios han reportado un Alpha de Cronbach de .80 a .89, lo cual se considera aceptable.

Se contó la aprobación del proyecto por parte del Departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma del Carmen, además de la autorización de los directivos de la institución educativa donde se llevó a cabo el estudio. Para la selección de los participantes se solicitaron las listas de grupos de alumnos por semestre y se realizó la selección de manera aleatoria, posteriormente se visitó a los participantes dentro de su horario de clase para invitarles a participar en el estudio, quienes decidieron participar se les hizo entrega de un consentimiento informado para padre o tutor, así como un asentamiento informado dado que se trata de menores de edad, en todo momento se garantizó la confidencialidad, el anonimato y la libertad de participación.

Cabe mencionar que el estudio se apejó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos, Capítulo I de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos y Capítulo III de la Investigación en Menores de Edad o Incapaces (Secretaría de Salud, 1987). Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 2012) versión 23.0, se obtuvieron frecuencias y proporciones para las variables categóricas, además se realizó análisis inferencial por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico: los adolescentes presentaron una media de edad de 13.24 años (DE= 2.11; 11-16) y el sexo masculino (51%). Cabe mencionar que el 93.5% de los adolescentes se dedican a estudiar y un 6.5% estudia y trabaja al mismo tiempo, siendo el comercio la principal actividad económica desempeñada, por lo que respecta al ámbito familiar el 73.5% de los adolescentes vive con ambos padres y el 19.5% solo con la madre.

Ingesta de bebidas alcohólicas: por lo que se refiere a las prevalencias del consumo de alcohol se identificó que el 19.5% de los adolescentes manifestaron haber ingerido alguna bebida alcohol en algún momento de su vida, el 14% en el último año, 3% en el último mes de la aplicación de la encuesta y el 1% en los últimos siete días; así mismo el 66.7% ingiere cerveza y el 22.3% bebidas preparadas.

Permisividad Social y Espiritualidad: se destaca que el 80.8% de los adolescentes consideran que sus amigos piensan que está mal emborracharse y drogarse (79.3%), el 62% manifestó que tiene un familiar que bebe hasta emborracharse y al 32.9% le gusta experimentar nuevas sensaciones. Con relación a la espiritualidad el 79.3% considera que, si tiene fe en un poder más grande que el mismo, 70.5% si cree que exista una fuerza espiritual que pueda ayudarlo con sus problemas y el 54% considera que meditar o rezar si le ayuda mucho (Tabla 1).

Tabla 1. Proporciones de la permisividad social y espiritualidad de los adolescentes

Nota: n= 213, %= porcentaje.

		<i>n</i>	Media	Mediana	U	<i>p</i>
	Permisividad Social					
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	Si	39	3.51	1.66	2499.50	.039
	No	161	3.01	2.16		
	Espiritualidad					
	Si	39	3.12	1.88	2618.50	.103
	No	161	3.65	1.65		

Fuente: Elaboración propia.

Permisividad Social, Espiritualidad y Consumo de Alcohol

Para dar respuesta al objetivo planteado de la presente investigación se realizó la prueba de U de Mann Whitney, y se identificaron diferencias entre los adolescentes que han consumido alcohol y la permisividad social, siendo mayor en este grupo en comparación con los adolescentes que no han ingerido bebidas alcohólicas y la espiritualidad fue mayor en los adolescentes que no han consumido alcohol en su vida (Tabla 2). Además de una relación positiva del consumo de alcohol con la permisividad social y el consumo de alcohol, y una relación negativa con la espiritualidad (Tabla 3).

Tabla 2. Prueba U de Mann-Whitney para la permisividad social, la espiritualidad y el consumo de alcohol de los adolescentes

		Si	No
		%	%
Permisividad Social			
1.	Los amigos con los que ando piensan que está mal emborracharse	80.8	19.2
2.	Los amigos con los que ando piensan que está mal drogarse	79.3	20.7
3.	Siento la necesidad de consumir alcohol o drogas cuando estoy en un bar, discoteca u otro sitio de ambiente	10.8	89.2
4.	Mi primera opción para una salida con mis amigos es un sitio donde pueda tomar o consumir drogas	6.6	93.4
5.	Me gusta experimentar nuevas sensaciones	32.9	67.1
6.	Tengo algún familiar que bebe hasta emborracharse	62.0	38.0
7.	Consumir drogas es normal entre los jóvenes	17.4	82.6
8.	Mis amigos incluyen trago, cigarrillo o drogas en las actividades que realizamos	10.8	89.2
Espiritualidad			
1.	Tengo fe en un poder más grande que yo	79.3	20.7
2.	No soy una persona religiosa	53.1	46.9
3.	Me apoyo en la religión cuando tengo problemas	50.7	49.3
4.	Creo que existe una fuerza espiritual que puede ayudarme con mis problemas	70.5	29.6
5.	Me ayuda rezar o meditar	54.0	46.0
6.	He tenido experiencias espirituales o religiosas importantes en mi vida	49.3	50.7

Nota: U= estadístico de la prueba U de Mann-Whitney, p= valor de significancia, n= 213.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Correlación de Pearson para las variables continuas

VARIABLES	Permisividad Social**	Espiritualidad**
Ingesta de bebidas alcohólicas***	.194 .007*	-.190 .009*

Nota: * $p < .05$, n** = total de la muestra, n***= adolescentes que han consumido alcohol en el último año.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación permitieron analizar los conceptos de permisividad social, espiritualidad y el consumo de alcohol en adolescentes de Ciudad del Carmen, Campeche. Con relación a las características sociodemográficas se destaca que el 6.5% de los adolescentes estudian y trabajan al mismo tiempo, estos datos concuerdan con Cruz, Vargas, Hernández y Rodríguez (2017) al señalar que la existencia y aumento de trabajos eventuales y la búsqueda de autonomía, son razones que están coadyuvando a que los adolescentes y jóvenes combinen trabajo y estudios superiores.

La combinación de los estudios con el trabajo puede ser riesgosa en al menos dos dimensiones, en primer lugar, por el abandono escolar y el segundo por los efectos a mediano plazo de iniciar la trayectoria laboral antes de terminar la educación básica pueden tener consecuencias negativas en la posición económica futura de los individuos (Cruz, Vargas, Hernandez & Rodríguez, 2017). Pero por otro lado desde la perspectiva de las estrategias familiares de vida, la combinación de estudiar y trabajar de los adolescentes es una estrategia para asegurar la reproducción material de las familias en casos de escasez de recursos económicos.

Por lo que se refiere a las prevalencias del consumo de alcohol se identificó que el 19.5% de los adolescentes manifestaron haber ingerido alguna bebida alcohol en algún momento de su vida y el 14% en el último año, estos datos son menores en comparación con los resultados de Telumbre-Terrero, Lopez-Cisneros, Esparza-Almanza y Guzmán-Facundo (2017) en Ciudad del Carmen Campeche y con González, Acuña, Hernández, Crisóstomo, Ramírez y Suarez (2017) en Villahermosa Tabasco quienes reportan una prevalencia global del consumo de alcohol mayor al 60% y lápsica del 30%.

Esto pudiera deberse primeramente a los cambios que presenta el adolescente: físicos, fisiológicos, emocionales, psicológicos, sociales, culturales, políticos y económicos a los que se encuentran expuesto, además de considerar que la ingesta de bebidas alcohólicas es una actividad que se presenta de forma “normal” en la sociedad, aspectos que pudieran favorecer el inicio de consumo en este grupo poblacional (Tegoma-Ruíz & Cortaza- Ramírez, 2016). Así también pudiera estar asociado por las cuestiones culturales de la región donde la vida en sus diferentes localidades y asentamientos se enmarca en una amplia variedad de interpretaciones y prácticas de la religión, el arte, la política y el trabajo. Tal condición configura diferentes concepciones y percepciones en torno a la cotidianidad y a problemas tan complejos como el alcoholismo (Zúñiga, Lara, Pérez & Jiménez, 2020).

Por lo que respecta a la permisividad social, se destaca que los adolescentes consideran que sus amigos piensan que está mal emborracharse y drogarse, pero además los adolescentes conviven en casa con algún familiar que bebe hasta emborracharse. Estos hallazgos concuerdan con Soto, Bastidas y Quimbayo (2017), en una investigación realizada en Colombia, al puntualizar que la sociedad juega un papel importante en cuanto a las actitudes y creencias que presentan los adolescentes sobre el uso, efectos positivos y negativos del consumo de alcohol, tabaco y drogas. Por otro lado, Florenzano, Echeverría, Sieverson, Barra y Fernández (2016), investigadores chilenos menciona que el consumo de alcohol de algún integrante de la familia ocasiona efectos negativos en aquellos que lo rodean, en especialmente los niños y adolescentes, dado que es frecuente la violencia verbal y física, así como los problemas económicos producto del consumo excesivo y sus costos asociados que impiden proveer al niño/a y adolescentes de sus necesidades básicas.

Con relación a la espiritualidad, los adolescentes consideran que tienen fe en un poder más grande que el mismo y en creen que exista una fuerza espiritual que pueda ayudarlo con sus problemas, bajo esta misma línea Rosas y Labarca (2016), mencionan que la espiritualidad constituye un proceso de autoconocimiento personal que conlleva a una paz interior, a una vida sana y placentera. En el caso de los adolescentes, la espiritualidad incita a ser un mejor ser humano, a vivir en armonía y comprometerse con la construcción de un mundo más vivible. Aunado a lo anterior se ha destacado que los adolescentes perciben importante la religión, y que están activos en la adoración y las actividades religiosas, lo cual se ha asociado en la reducción de conductas de riesgo (Cervantes, Puente, Alonso, Rodríguez, Álvarez & Leija, 2018).

Asimismo, se identificó una relación positiva de la permisividad social y el consumo de alcohol, lo cual es similar a los hallazgos de Orcasita, Lara, Suarez y Palma (2018) que manifiestan que existe una alta permisividad con respecto al

consumo de alcohol por parte de los padres, la familia y la sociedad, lo cual pudiera ocasionar que el adolescente lo perciba como un incentivo para iniciar el consumo, ya que sus figuras de autoridad lo están facilitando y aprobando. Por lo tanto, la permisividad social e incluso familiar que tienen sobre el alcohol disminuye la percepción de las consecuencias negativas del consumo, y por ende menos peligrosas y que pueden ejercer mayor control sobre su consumo cuando se realiza de manera ocasional o recreativa (Alarcón, Lagunés, Andrade, Cruz, & Pérez, 2016).

Además, se pudo determinar una relación negativa de la espiritualidad y el consumo de alcohol de los adolescentes (Cervantes, Rodríguez, Alonso, Oliva, Álvarez & Leija, 2018), por lo cual ha sido considerado como un factor protector ante el consumo de alcohol, jugando un rol importante en esta etapa de transición y disminuyendo el desarrollo de comportamientos. Se destaca también que la espiritualidad es una herramienta que ayuda a darle sentido a la vida y esto es utilizado por las personas para evitar conductas no saludables como el consumo de alcohol, así las personas con altos índices de espiritualidad presentan un menor consumo de alcohol (Yañez-Castillo, Villar-Luis & Alonso, 2018).

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación permitieron identificar el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes escolarizados de Ciudad del Carmen Campeche, donde se identificó una prevalencia no mayor al 20%, haciendo evidente la problemática en este grupo etario, donde la ingesta de bebidas alcohólicas se da a una temprana edad, pudiendo tener efectos negativos en la edad adulta, como es el desarrollo de dependencia.

Además, se pudo constatar la influencia de factores sociales ante el consumo de alcohol, siendo la permisividad social un factor de riesgo que incrementa la posibilidad de la ingesta de alcohol, dado que la conducta adictiva es visualizada como normal dentro del ambiente familiar y social donde se desarrolla el adolescente. Por otro lado, la espiritualidad, representa un factor de protección en los adolescentes limitando así la ingesta de bebidas embriagantes, estos resultados son de gran interés para que los tomadores de decisiones puedan diseñar e implementar programas específicos incluyendo estas variables sociales como mediadoras de la ingesta de alcohol.

LITERATURA CITADA

- Alarcón, M. E. B., Lagunés, S. B., Andrade, J. N. G., Cruz, A. N., & Pérez, V. C. (2016). Resistencia ante la presión del grupo de pares para consumir alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 2(4).
- Bernal, G. A. & König, B. K. L. (2017). Adolescents' perceptions of education according to personal identity. *Revista española de pedagogía*, 181-198.
- Borrás, S. T., Reynaldo, B. A., & López, D. (2017). Adolescentes: razones para su atención. *Correo Científico Médico de Holguín*, 21(3), 858-875.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cervantes, P. C.L., Rodríguez, P. L. A., Alonso, C. M.M., Oliva, R. N.N., Álvarez, M. A. & Leija, M. A. (2018). Values, spirituality and alcohol consumption in high school students. *Enfermería Global*. 51; 470-476
- Cruz, P. R., Vargas, V. E. D., Hernández, R. A. K. & Rodríguez, C. O. (2017). Adolescentes que estudian y trabajan: factores sociodemográficos y contextuales. *Revista mexicana de sociología*. 79(3); 571-604.
- Cruz, P. R., Vargas, V. E. D., Hernández, R. A. K. & Rodríguez, C. O. (2017). Adolescentes que estudian y trabajan: factores sociodemográficos y contextuales. *Revista mexicana de sociología*, 79(3), 571-604.
- Elashoff, D.J., Dixon, J.W., Crede, M. K. & Fotheringham N. (2000). nQuery Advisor (version 4.0) Copyrigh [Software estadístico para PC]. Los Angeles: Statistical Solutions.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte Alcohol (2017). Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados por entidad federativa. Campeche. (2012). Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/Campeche-OCT.pdf>
- Florenzano, R., Echeverría, A., Sieversona, C., Barra, M. & Fernández, M. A. (2016). Daños a niños y sus familias por el consumo de alcohol: resultados de una encuesta poblacional. *Rev Chil Pediatr*. 87(3); 162-168.
- González, L. A. A., Acuña, V. R., Hernández, L. C., Crisóstomo, Y. M., Ramírez, G. H., & Suarez, M. G. (2017). Prevalencia y Motivos del Consumo de

- Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Nivel Medio Superior. *Adicción y Ciencia*, 5(2), 4.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 07-22.
- Martínez, E., Scoppetta, O., & Martín, A. (2019). Permisividad parental y diferencias de género en el consumo de alcohol en escolares. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), 214-224
- Orcasita, L. T. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe*, 35(1), 33-48.
- Orcasita, L. T., Lara, V., Suárez, A. & Palma, D. M. (2018). Psychosocial Factors Associated With Alcohol Consumption Patterns among Adolescent Students. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*. 35 (1); 33-48.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alcohol. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312318/WHO-MSD-MSB-18.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga del alcohol en la región de las Américas. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14679:the-burden-of-alcohol-in-the-americas&Itemid=40342&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Alcohol. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=197&Itemid=40861&lang=es
- Portela, B. A. L., França, G. F. Goldim, J. R. (2015). Adolescencia vulnerable: factores biopsicosociales relacionados al uso de drogas. *Rev. bioét. (Impr.)*. 23 (2); 316-24.
- Preciado, C. E. M., Rivas, M. J. S., & Klímenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto

- de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(18), 2.
- Rosas, D. Y. & Labarca, R. C. (2016). Violencia, espiritualidad y resiliencia en estudiantes de la Unidad Educativa Arquidiocesana “Bicentenario del Natalicio de El Libertador”. *TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*. 18 (2); 302 – 317.
- Secretaría de Salud (2018). Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Soto, A.M., Bastidas, C.V. & Quimbayo, J. H. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del área de la salud. *Rev.salud.hist.sanid.on-line*. 12(2); 29-48.
- SPSS® Statistics for Windows (Versión 23.0.0) [Software de computación] (2012). Armonk, NY: IBM Corp.
- Tegoma-Ruiz, V. M. & Cortaza-Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*. 13(4); 239-245.
- Telumbre-Terrero. J. Y., Lopez-Cisneros, M. A., Esparza-Almanza, S. E. & Guzmán-Facundo, F. R. (2017). Estados depresivos y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria en Ciudad del Carmen, México. *Rev. Fac. Cienc. Salud UDES*. 4(2); 79-84.
- Yañez-Castillo, B. G., Villar-Luis, M.A. & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Journal Health NPEPS*. 3(1); 5-21.
- Zúñiga, J. O., Lara, G. A. G., Pérez, Ó. C., & Jiménez, C. E. P. (2020). Actitudes hacia el consumo de alcohol en adolescentes chiapanecos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(1), 84-96.

SÍNTESIS CURRICULAR

Juan Yovani Telumbre Terrero

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero (2011), Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2014) y actualmente Doctorante en Salud Mental. Profesor Investigador de

Tiempo Completo del PE de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del Cuerpo Académico Consolidación: Enfermería, Salud y Educación. Miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International. Perfil PRODEP y autor y coautor de diversos artículos de investigación, capítulos de libro y libros. Certificado como Enfermero Docente por el COMCE. Correo: jtelumbre@pampano.unacar.mx

Manuel Antonio López Cisneros

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente Profesor Investigador de Tiempo Completo y Coordinador del Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen y Enfermero General del Hospital General de Zona No. 4 con Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad del Carmen, Campeche. Autor y coautor de artículos científicos y capítulos de libros, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel 1, Perfil PRODEP. Correo: mlopez@pampano.unacar.mx

Gloria Margarita Ruiz Gómez

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma del Carmen, Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Guanajuato. Doctora en Educación por el Centro Internacional de Posgrado, A.C. Profesor Investigador de Tiempo Completo del PE de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen. Integrante del Cuerpo Académico Consolidación: Enfermería, Salud y Educación. Directora General de Docencia de la Universidad Autónoma del Carmen. Correo: gruiz@pampano.unacar.mx

Geu Salomé Mendoza Catalán

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, Maestro en Ciencias de Enfermería y Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Responsable de innovación y desarrollo docente. Universidad Autónoma de Baja California. Baja California, México. Autor y Co autor de artículos de investigación. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Candidato. Correo: geu.mendoza@uabc.edu.mx

Lucero Fuentes Ocampo

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Guerrero, Maestro en Ciencias de Enfermería y Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de Tiempo Completo. Departamento de

148 | Juan Yovani Telumbre-Terrero; Manuel Antonio López-Cisneros; Gloria Margarita Ruiz-Gómez; Geu Salome Mendoza-Catalán y Lucero Fuentes-Ocampo • Permisividad social, espiritualidad e ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes

Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste. Universidad de Guanajuato.
Cieneguilla-Municipio de Tierra Blanca, Guanajuato. Correo:
lucero Fuentes0720@gmail.com

USO DE PORNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS EN ADOLESCENTES

USE OF PORNOGRAPHY AND CONSUMPTION OF LICIT DRUGS IN ADOLESCENTS

Mario Enrique **Gómez-Medina**¹; Jesica Guadalupe **Ahumada-Cortez**²; Carolina **Valdez-Montero**³ y Lucía **Caudillo-Ortega**⁴

Resumen

El uso de pornografía y el consumo de drogas lícitas en los adolescentes son dos conductas que requieren atención, esto en relación con los riesgos de que ambas conductas pueden afectar la salud mental y el sano desarrollo del adolescente. Objetivos: Comparar el uso de pornografía en los adolescentes de secundaria por consumidores y no consumidores, además de conocer la relación del uso de pornografía y la edad de inicio del consumo de drogas lícitas. Materiales y Método: Estudio de diseño descriptivo correlacional de corte transversal en 168 adolescentes de secundaria con edades entre los 12 y 15 años, el muestreo fue probabilístico aleatorio. Resultados y Conclusiones: Los hombres

fueron los mayores consumidores de pornografía y de consumo de alcohol y tabaco. Al comparar el uso de pornografía por consumidores y no consumidores de drogas lícitas se encontraron diferencias significativas solo en los consumidores de alcohol presentando medias y medianas más altas ($U=863.50$, $p<.001$). Al realizar la correlación Rho de Spearman por sexo se encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol en los hombres se correlacionó negativamente con la subescala de fantasías y en las mujeres se encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol se correlacionó positivamente con la edad de inicio de tabaco y con la subescala de fantasías.

¹ Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

² Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

³ Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Dirección: Fuentes de Poseidón, Sin nombre, 81210, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.

⁴ Profesora e Investigadora del Departamento de Enfermería y Obstetricia Guanajuato, Universidad de Guanajuato. Dirección: Nora Alta, 36050, Guanajuato, Guanajuato, México.

Palabras clave: material sexual en línea, internet, pornografía, alcohol, tabaco, adolescente.

Abstract

The use of pornography and the use of licit drugs in adolescents are two behaviors that require attention, this in relation to the risks that both behaviors can affect the mental health and healthy development of the adolescent. Objectives: To compare the use of pornography in high school adolescents by consumers and non-consumers, in addition to knowing the relationship between the use of pornography and the age of onset of licit drug use. Materials and Method: Cross-sectional descriptive correlational design study in 168 high school adolescents aged between 12 and 15 years,

the sampling was random probability. Results and conclusions: Men were the largest consumers of pornography and alcohol and tobacco consumption. When comparing the use of pornography by consumers and non-users of licit drugs, significant differences were found only in alcohol users, presenting higher means and medians ($U = 863.50$, $p < .001$). When performing the Spearman Rho correlation by sex, it was found that the age of onset of alcohol consumption in men was negatively correlated with the fantasy subscale and in women, it was found that the age of onset of alcohol consumption was positively correlated with the age of tobacco onset and with the fantasy subscale.

Key words: online sex material, internet, pornography, alcohol, tobacco, adolescence.

INTRODUCCIÓN

El acceso a internet se ha convertido en la herramienta más importante para la búsqueda de información y como medio de comunicación. En México en el 2019 se reportó que 20.1 millones de los hogares contaba con acceso a internet mediante conexión fija y móvil, y 80.6 millones eran usuarios de internet (Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares [ENDUTIH], 2019). Del total de la población 73.5% de la población de seis años o más utilizan teléfonos celulares y ocho de cada diez personas cuenta con un teléfono inteligente (Smartphone) lo que representa 69.6 millones de usuarios, y el 93.4% de estos usuarios se conectan a internet a través de este dispositivo móvil. El 16.3% de los usuarios de Internet son adolescentes entre 12-17 años de edad. Es importante mencionar que más de la mitad lo hace para la búsqueda de contenidos audiovisuales de todo tipo sin restricción alguna (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019).

La navegación en Internet y el uso creciente de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han modificado la forma de interactuar entre las personas. Las aplicaciones que este medio de comunicación ofrece a los adolescentes son oportunidades para ser creativos, aprender, permite estar comunicados en el instante y hacer más fácil el acceso a la información (Reolid-Martínez, Flores-Copete, López-García, Alcántud-Lozano, Ayuso-Raya & Escobar-Rabadán, 2016). En relación al ámbito sexual la internet también ha

permitido modificaciones en la construcción y modificación de la sexualidad entre los adolescentes y jóvenes a través de la búsqueda de información, la búsqueda de imágenes eróticas y el estar en contacto con materiales sexuales en línea como la pornografía (Ballester, Gil, Giménez, Ruiz & Ceccato, 2011).

En este sentido “La pornografía se puede definir como el carácter obsceno de las obras literarias o artísticas, con el objetivo, en muchos casos, de obtener la excitación sexual de la persona que las contempla. Está presente en numerosas obras a través del cine, la literatura, la fotografía, las revistas, pintura y en otros medios. Desde hace dos décadas, la irrupción de internet ha propiciado su difusión de una forma generalizada y con la privacidad consiguiente que otorga este medio” (Labay, Labay & Labay, 2011).

Este fenómeno llamado pornografía es generalizado, donde la principal población vulnerable o expuesta a este contenido de forma voluntaria o involuntaria son los adolescentes (Velasco & Gil, 2017). Las causas del uso de pornografía pueden ser variables, desde la simple curiosidad, la visualización de imágenes con alto contenido sexual a temprana edad, la ansiedad, entre otros; el llevar a cabo esta práctica de forma continua puede traer consigo la dependencia a este tipo de materiales sexuales, y dando como resultado una adicción, inducir a la masturbación obsesiva compulsiva, eyaculación precoz, impotencia sexual y frigidez, depresión, incremento en las fantasías sexuales, aislamiento social, y el consumo de diferentes sustancias como las drogas lícitas e ilícitas (Shekarey, Rostami, Mazdai & Mohammadi, 2011; Velasco & Gil, 2017).

En referencia al consumo de drogas lícitas como lo son el alcohol y el tabaco en México representan un problema de salud pública, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017) en población de 12 a 17 años, el 39.8% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 28% en el último año y el 16.1% en el último mes, presentando el 8.3% un consumo excesivo en el último mes. En lo que respecta al consumo de tabaco el 4.9% de los adolescentes son fumadores actuales. Al revisar estas mismas prevalencias en población escolarizada, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) muestra que el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y bachillerato es de 53.2%, donde el consumo de alcohol en el último año fue de 35.5%, en el último mes de 26.3% y el consumo excesivo en un 14.5%. En las prevalencias de consumo de tabaco se encontró que el 26.8% de los adolescentes han consumido tabaco, el 14.9% en el último año, el 8.9% en el último mes y el 5.8% presentan un consumo diario.

Tanto el consumo de drogas lícitas como el uso de pornografía en los adolescentes son conductas que pueden afectar su desarrollo mental, reflejado en alteraciones de su percepción psicosocial (López & Martínez, 2018) y la interacción con sus semejantes. Cabe mencionar que en estudios realizados

proponen que la pornografía causa en el cerebro el mismo efecto que causan las drogas en una persona adicta (Donnerstein, 2006). De igual manera que la exposición a pornografía puede inclusive traer problemas neurológicos. Una de las razones por las que el sexo virtual puede ser tan poderoso y adictivo es que combina soledad, anonimato, fantasías e imágenes sexuales (Echeburúa, 2012).

En las relaciones de pareja la más afectada con el consumo de este tipo de material sexual en línea, suele ser la mujer esto en relación a que su pareja espera altas exigencias en cuanto al acto sexual con su pareja y al no obtenerlas esta puede ser denigrada o humillada. Además, se encontró que una breve exposición a formas violentas de pornografía puede llevar a actitudes y comportamientos antisociales, es decir los espectadores de este tipo de material tienden a ser más agresivos hacia las mujeres, menos sensibles al dolor y al sufrimiento de las víctimas de violaciones, y mucho más dispuestos a aceptar varios mitos acerca de la violación (Donnerstein, 2006).

Se han encontrado estudios en relación a estas dos variables, en lo reportado por Morelli, Bianchi, Baiocco, Pezzuti y Chirumbolo (2016), realizado en adolescentes italianos, donde se encontró que el consumo de alcohol se correlacionó positiva y significativamente con la ciberpornografía, además se reporta que el consumo de alcohol y el uso de ciberpornografía es mayor en los hombres. Entre otros resultados se encontró que tanto la adicción a la ciberpornografía como el consumo de alcohol se presentaron como predictores significativos de otra conducta sexual como es el sexting. Donde mencionan que al analizar el consumo de alcohol clasificándolo en dos niveles diferentes (bajo y alto) se presentan resultados diferentes, los resultados sugieren que el consumo de alcohol alto amplifica y facilita la relación entre la adicción a la ciberpornografía y el sexting, mientras que el consumo de alcohol bajo modera el impacto de la adicción a la ciberpornografía en el sexting.

De la misma forma otro estudio realizado por Romito y Beltramini en 2015, mencionan que el 39% de los estudiantes italianos ven pornografía, dentro de los contenidos preferidos por los participantes fueron el ver pornografía violenta/degradante, dentro del contenido violento o degradante más popular es donde la mujer es la víctima, el sexo violento y la violación en grupo. Entre los estudiantes hombres se encontró que los adolescentes que estaban expuestos a contenidos de pornografía se asociaron a mayores comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol en exceso, en relación a las mujeres se presentó un comportamiento similar, donde las mujeres que estaban expuestas a contenidos con pornografía se asociaron con el fumar.

Sin embargo, de acuerdo a la búsqueda de literatura hasta el momento no se han localizado estudios realizados en México, por lo que surge la necesidad de conocer cómo se comportan estas variables en población mexicana, esto en

relación que los adolescentes son población vulnerable ante estos fenómenos de estudio, el conocer que el acceso a Internet en los adolescentes está libre y que su uso es poco o nulamente vigilado pondera como un riesgo inminente en este tipo de población donde la alta exposición y las falsas expectativas de los adolescentes los lleva a ponerse en contacto con contenido pornográfico que puede afectar su desarrollo, además considerando el cambio en la estructura familiar donde padres y madres son trabajadoras, también puede propiciar a que otras conductas de riesgo estén presentes para los adolescentes como lo es el consumo de alcohol y tabaco.

El profesional de la salud juega un papel crucial en estos fenómenos de estudio dado que representan los pilares de la salud comunitaria en el primer nivel de atención donde se puede realizar una detección temprana de las conductas de riesgo como lo son el consumo de drogas y el uso de pornografía, trabajando conjuntamente con los diferentes profesionales de la salud en el desarrollo de estrategias de prevención educativas para trabajar la salud sexual y el retardar el inicio del consumo de drogas lícitas en los adolescentes.

Por lo anteriormente planteado se proponen los siguientes objetivos de investigación: Comparar el uso de pornografía en los adolescentes de secundaria por consumidores y no consumidores, además conocer la relación del uso de pornografía y la edad de inicio del consumo de drogas lícitas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del presente estudio es descriptivo correlacional de corte transversal (Grove & Gray, 2019). La población estuvo conformada por 440 adolescentes de secundaria del norte de Sinaloa, México con edades comprendidas entre los 12 y 15 años. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio; la estimación del tamaño de la muestra se realizó a través del programa Netquest, considerando una proporción (p), con un nivel de confianza del 90%, con un límite de error de estimación de .05, para un enfoque conservador del 50%, dando una muestra final de 168 adolescentes. En relación a las consideraciones éticas, el presente proyecto se guió bajo los lineamientos que rigen en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos (SSA, 1987), contó con la aprobación del comité de ética e investigación y por los directivos de la secundaria pública, además se contó con la aprobación de los padres y adolescentes a través del consentimiento y asentimiento informado.

Para la recolección de los datos se utilizó una cédula de datos personales, una tabla de prevalencia para el consumo de alcohol y tabaco, esta tabla mide la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco por el adolescente; alguna vez en la

vida, en el último año y en el último mes. Además se preguntó sobre la cantidad de bebidas consumidas en un día típico, la edad de inicio de consumo de alcohol, tabaco, la bebida alcohólica de preferencia y la edad de inicio de vida sexual.

El uso de pornografía se midió a través de la escala de tipo de material sexual en línea, que es parte del instrumento “uso de material sexual en línea y conducta sexual” diseñado por Gonsalves (2010), adaptado por Valdez (2011), para población mexicana. El instrumento consta de 20 ítems y está compuesto de 3 subescalas las cuales son: fantasías sexuales, fetichismo y sexo violento. Las preguntas que componen el instrumento son del tipo: “Indica la frecuencia con la que has consultado y/o visto películas que muestran la penetración pene-ano”, con opciones de respuesta de frecuencia, que van desde “nunca”, “rara vez”, “algunas veces” y “frecuentemente”. La interpretación de los datos es que a mayor puntaje mayor uso de pornografía.

El análisis de datos, se realizó con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Primeramente, se evaluó la confiabilidad de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Posteriormente para dar respuesta a los objetivos de investigación se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la distribución de las variables continuas y al no presentar una distribución normal ($p < .001$), se decidió utilizar estadística no paramétrica.

RESULTADOS

Los datos arrojados por el instrumento utilizado para medir la variable de estudio obtuvieron un Alpha de Cronbach aceptable de .93. De acuerdo a la caracterización de la población de estudio el 51.2% era del sexo femenino y el 48.8% del sexo masculino con una media de edad de 14.78 años ($DE=.482$), con relación al consumo de drogas lícitas (Tabla 1) el 56% indico haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida con una media de edad de inicio de consumo de 13.32 años ($DE=1.52$), reportando la cerveza (50.0%) como la principal bebida de elección seguida por las bebidas preparadas (24.3%), el 11.9% de los adolescentes reportaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, con una edad media de inicio de consumo de 14 años ($DE = .649$).

Tabla 1. Prevalencia de consumo de drogas lícitas

Consumo de Drogas Lícitas	Alguna vez en la vida			En el último año			En el último mes		
	<i>p</i>	95%IC		<i>p</i>	95%IC		<i>p</i>	95%IC	
	(%)	LI	LS	(%)	LI	LS	(%)	LI	LS
Alcohol	56.0	0.48	0.64	32.7	0.26	0.40	17.3	0.11	0.23
Tabaco	11.9	0.07	0.17	6.0	0.02	0.10	4.2	0.01	0.07

Nota: IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

Fuente: Elaboración propia.

Al preguntar por el medio electrónico por el que mayormente hace uso para la consulta del material sexual en línea el 57.1% de los adolescentes refirió que principalmente lo realiza a través del teléfono celular (57.1%), seguido por la computadora (22.7%) y la televisión (18.5%). Además, el 15.5% de los adolescentes mencionaron haber iniciado vida sexual, con una media de edad de 14.25 años ($DE=.639$).

En lo que respecta a las subescalas que componen el instrumento de uso de pornografía, se encontró que de acuerdo con la subescala de fantasías sexuales los adolescentes mencionaron que tienen mayor preferencia por películas donde se representa una fantasía a través de una porrista, maestra, etc., además de películas donde participen dos hombres y una mujer en el acto sexual (gang-bang). En la subescala de fetichismo se encontró que los adolescentes prefieren películas que muestren imágenes soft-core (besarse mientras están vestidos), que muestren desnudos y películas con imágenes de actos sexuales. En la escala de sexo violento se encontró que los adolescentes prefieren películas donde la mujer aparece en un papel degradante, en el papel de sumisión y películas donde incluyan violación o golpes.

Por sexo se encontró diferencias significativas en el uso de pornografía, los resultados muestran que los hombres ($U=1592.00$, $p<.001$) son los mayores consumidores de este tipo de material (Hombre: $M=30.22$, $Mdn=26.66$ y Mujer: $M=13.39$, $Mdn=9.16$), lo mismo se presentó en las diferentes subescalas: fantasías ($U=1247.00$, $p<.001$) (Hombre: $M=30.48$, $Mdn=26.19$ y Mujer: $M=8.36$, $Mdn=4.76$), fetichismo ($U=1619.50$, $p<.001$) (Hombre: $M=36.58$, $Mdn=33.33$ y Mujer: $M=15.89$, $Mdn=9.52$) y sexo violento ($U=2704.50$, $p=.008$) (Hombre: $M=22.49$, $Mdn=19.44$ y Mujer: $M=16.34$, $Mdn=11.11$).

Al comparar la variable de uso de pornografía por consumo de alcohol alguna vez en la vida se encontró que los consumidores de alcohol presentaban medias y medianas más altas en comparación con los no consumidores de alcohol, en el índice general del instrumento y de las subescalas que lo integran (Tabla 2). Por consumo de alcohol en el último año el índice de uso de pornografía ($U=2411.00$, $p=.018$), fetichismo ($U=2360.50$, $p=.011$) y sexo violento ($U=2422.50$, $p=.019$) reportaron medias y medianas más altas que los no consumidores de alcohol. En el consumo de alcohol en el último mes se encontraron diferencias significativas en las mismas subescalas (índice de uso de pornografía ($U=1461.00$, $p=.020$), fetichismo ($U=1504.00$, $p=.031$) y sexo violento ($U=1349.00$, $p=.005$), presentando medias y medianas más altas en los consumidores de alcohol.

Tabla 2. Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol y uso de pornografía

Consumo de alcohol alguna vez en la vida	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Uso de Pornografía						
Si	94	25.24	23.33	16.92	2271.00	.001
No	74	16.98	8.33	19.31		
Fantasías						
Si	94	22.28	19.04	21.14	2481.00	.001
No	74	15.18	4.76	21.65		
Fetichismo						
Si	94	30.39	28.57	20.74	2313.00	.001
No	74	20.39	9.52	23.80		
Sexo Violento						
Si	94	22.69	22.22	18.02	2509.00	.002
No	74	15.09	11.11	17.01		

Nota: *M*= Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación Estándar, *U*= *U* de Mann Whitney.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas al comparar el uso de pornografía y las subescalas (fantasías, fetichismo y sexo violento) con el consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año y en último mes. No

obstante, al comparar el uso de pornografía con la vida sexual activa, se encontraron diferencias significativas en todas las subescalas (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba *U* de Mann-Whitney para vida sexual y uso de pornografía

Vida sexual activa	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Uso de Pornografía						
Si	26	38.39	35.00	23.72	863.50	.001
No	142	18.53	16.66	15.51		
Fantasías						
Si	26	40.10	35.71	30.77	898.50	.001
No	142	15.32	9.52	16.99		
Fetichismo						
Si	26	45.23	47.61	27.11	909.00	.001
No	142	22.46	19.04	19.88		
Sexo Violento						
Si	26	28.41	27.77	21.44	1253.50	.009
No	142	17.68	11.11	16.78		

Nota: *M*= Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación Estándar, *U*= *U* de Mann Whitney.

Fuente: Elaboración propia.

Al realizar el análisis del coeficiente de correlación de Spearman de uso de pornografía y edad de inicio consumo de alcohol y tabaco, se encontró que la subescala de fetichismo se relacionó negativamente con la edad de inicio de consumo de tabaco, y la escala general de uso de pornografía y sus subescalas se relacionaron positiva y significativamente entre ellas. Pero, al realizar el mismo análisis por sexo se encontró en los hombres una correlación negativa significativamente entre la edad de inicio del consumo de alcohol con la subescala de fantasías, y en la mujeres se encontró una correlación positiva y significativa entre la edad de inicio de consumo de alcohol y la edad de inicio del consumo de tabaco, además se encontró que la edad de inicio del consumo de tabaco se correlacionó negativa y significativamente con la subescala de fetichismo (Tabla 4).

Tabla 4. Coeficiente de Correlación Rho de Spearman para las variables continuas del estudio

	1	2	3	4	5
Hombre (n=82)					
1.Edad de Inicio Consumo de Alcohol	1				
2.Edad de Inicio Consumo de Tabaco	-.300	1			
3.Uso de Pornografía	-.283	-.132	1		
4.Fantasías	-.413**	-.013	.928**	1	
5.Fetichismo	-.210	-.297	.907**	.805**	1
6.Sexo Violento	-.057	.192	.688**	.535**	.442**
Mujer (n=86)					
1.Edad de Inicio Consumo de Alcohol	1				
2.Edad de Inicio Consumo de Tabaco	.770**	1			
3.Uso de Pornografía	.035	-.488	1		
4.Fantasías	.041	-.023	.805**	1	
5.Fetichismo	.069	-.652*	.908**	.614**	1
6.Sexo Violento	.013	-.517	.827**	.587**	.627**

Nota: **= $p < .01$, *= $p < .05$.

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente se realizó un análisis para identificar que contenidos de los que presenta el instrumento incrementaba la probabilidad de consumo de alcohol en los adolescentes, los resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Descripción de los 5 contenidos con imágenes pornográficas que incrementan el riesgo de consumo de alcohol

Contenido con imágenes pornográficas	Consumo alguna vez en la vida		χ^2	Valor p	OR	95% IC
	No Sin/Contenido	Si Sin/Contenido				
1.Imágenes de actos sexuales	44/30	23/70	20.6	.001	4.4	2.3-8.6
2.Imágenes que muestran desnudos	34/40	19/75	12.6	.001	3.3	1.7-6.6
3.Películas que representan una fantasía (porrista, maestra, etc)	40/33	26/68	12.6	.001	3.1	1.6-6.0
4.Películas en la que participan dos hombres y una mujer en actos sexuales	51/22	40/54	12.3	.001	3.1	1.6-5.9
5. Películas que muestran imágenes soft-core (besarse mientras están vestidos)	36/68	25/69	8.7	.003	2.6	1.3-4.9

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Con relación al consumo de alcohol se encontró que el 56% había consumido alguna vez en la vida, estos resultados son mayores a los encontrados en población de 12 a 17 años reportada por la ENCODAT (2016-2017), donde el porcentaje nacional en esta población es de 39.8%. De la misma forma la edad de inicio de consumo de alcohol difiere con la media nacional (17 años), donde la media de edad de inicio de consumo reportada fue de 13.32 años.

De acuerdo a la bebida de preferencia entre los consumidores se encontró la cerveza, seguida de las bebidas preparadas información que coincide con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODAT, 2014), donde menciona que la cerveza es la bebida mayormente consumida tanto en hombres(42%) como por mujeres (39.3%) en población escolarizada en nivel

secundaria, solo la segunda bebida de preferencia difiere, reportando a nivel nacional que en esta población menciona el consumo de destilados como segunda opción y como tercer opción las bebidas preparadas. Esto podría deberse a la disponibilidad percibida de la cerveza en los diversos establecimientos, además de que es una sustancia clasificada como una droga legal por lo que su consumo es aceptado socialmente (Albarracín & Muñoz, 2008). Además que la cerveza se asocia con la posibilidad de relajación, placer, desinhibición y la idealización de la facilidad de socializar y construir lazos (Porto, Rios & Souza, 2018).

En el consumo de tabaco el 11.9% de los adolescentes reportó haber consumido tabaco alguna vez en la vida con una media de edad de inicio de 14 años, datos que se encuentran por debajo de la media nacional de acuerdo a lo encontrado en la ENCODE (2014), donde menciona que la media de consumo en población de secundaria fue de 23.8% y en relación a la ENCODAT (2017), los datos encontrados en esta investigación se encuentran muy por encima de la media nacional en población de 12 a 17 años, donde se reporta una prevalencia general de 4.4% pero en adolescentes consumidores ocasionales, esto podría deberse a que la ENCODAT no reporta la prevalencia alguna vez en la vida, por eso la diferencia tan marcada en los porcentajes. En relación a la edad de inicio de consumo de tabaco la media de edad coincide con lo reportado por ambas encuestas (ENCODE y ENCODAT) con una edad de inicio entre los 13 y 14 años (37.7%) y 14.3 años respectivamente.

En relación al medio electrónico por el cual se hace mayormente consulta del material sexual en línea, los adolescentes mencionaron el teléfono celular (57.1%) seguido por la computadora. Estos datos coinciden con lo reportado por un estudio realizado por Ballester, Orte & Pozo (2014), donde la consulta de información en internet sobre pornografía era principalmente a través del teléfono celular seguida por la computadora. Además, estos datos son muy similares a lo reportado por la Asociación de Internet MX (2019) donde menciona que el 63% de la población visita sitios para adultos por medio del celular. Esto puede deberse a la accesibilidad que representa el disponer de un smartphone en comparación a años anteriores, además que el 82.7% de la población tiene acceso a internet y el 92% de esta población accede a internet a través del Smartphone, donde uno de los usos que se le da a internet es la consulta de sitios para adultos (19%).

De acuerdo a la edad de inicio de la vida sexual en los adolescentes, se encontró una media de edad de 14 años, datos que difieren a los encontrados a nivel nacional donde la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) reporta una edad media de inicio de la vida sexual a los 17.5 años de edad. Estos resultados podrían explicarse por una falsa percepción de una alta prevalencia de actividad sexual entre los pares, así mismo pone de manifiesto que esta conducta de riesgo debe ser atendida tempranamente, ya que el inicio de la vida sexual a edades tempranas incrementan el riesgo de otras conductas de

riesgo como el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, rezago escolar, entre otras (Hurtado de Mendoza, Veytia, Guadarrama, & González-Forteza, 2017; López & Martínez, 2018).

Al revisar el contenido sobre el uso de pornografía que preferían los adolescentes mencionaron principalmente contenidos donde representaba una fantasía a través de una porrista, maestra, etc; donde participaran dos hombres y una mujer en el acto sexual (gang-bang), donde se muestren desnudos, contenidos con imágenes de actos sexuales y donde la mujer aparezca en un papel degradante, sumisión y donde incluyan violación o golpes, resultados que coinciden con un estudio realizado por Wright, Sun, Steffen y Tokunga (2015), donde encontraron que los contenidos de preferencia en la población de estudio eran donde involucraran el sexo forzado, el ahogar a la pareja, dominarla, abofetearle la cara, azotarla duro, donde haya doble penetración e insultos. Esto podría explicarse debido a que el uso excesivo de estímulos visuales normaliza las conductas violentas en los consumidores e incrementa la degradación hacia la mujer, ya que la dependencia a estos contenidos pueden generar comportamientos fuera de control (Velasco & Gil, 2017). Además que culturalmente el hombre es visto como el socialmente dominante, lo que el realizar ese tipo de conductas refuerza el rol socialmente designado.

Al comparar por sexo el uso de pornografía se encontró que los hombres son los mayores consumidores de este tipo de material sexual en línea, datos que coinciden con el estudio de Ballester, Gil, Giménez, Ruiz y Ceccato (2011), donde el 15.2% de los adolescentes de 15 años manifestó haber buscado material sexual en línea, donde el 48.3% de los hombres son los que hicieron búsqueda de este tipo de material en comparación a las mujeres con un 15.8%. De la misma forma coincide con lo reportado por Reolid-Martínez et al. (2016) y Ballester, Orte y Pozo (2014), donde mencionan que los mayores consumidores de pornografía eran los hombres. Esto puede deberse que el consultar este tipo de material en línea hace que los jóvenes formen un imaginario sexual relacionados con las imágenes que observan en internet (Mesch, 2009) y a experiencias compartidas por participantes en entrevistas cualitativas realizadas en un estudio de Ballester, et al. (2014) mencionan que el internet les aporta respuestas a sus inquietudes habituales en el proceso de descubrimiento y formación de la sexualidad, como el: ¿Cómo iniciar una relación sexual? ¿Qué prácticas son habituales? ¿Qué partes del cuerpo se deben estimular y cómo se hace?

En la variable de uso de pornografía por consumidores y no consumidores de alcohol se encontró que los adolescentes consumidores de alcohol presentaron mayores consumo de pornografía, estos datos coinciden con lo reportado por Morelli, Bianchi, Baiocco, Pezzuti y Chirumbolo (2016), en población adolescente, donde encontraron que el consumo de alcohol estaban relacionado con la ciber pornografía. Estos datos se podrían explicar dado que en estudios se

ha encontrado que el uso de pornografía y el consumo de drogas como el alcohol, nicotina, entre otras drogas, activan regiones cerebrales comunes durante los estados de craving y reactividad, siendo estas regiones la amígdala, la corteza cingulada anterior dorsal (dACC) y el estriado ventral (Love, Laier, Brand, Hatch, & Hajela, 2015; Voon, Mole, Banca, Porter, Morris, Mitchell, et al. 2014). Además es importante mencionar que de acuerdo a los tiempos de maduración cerebral se considera que un adolescente aún se encuentra en desarrollo en algunas estructuras cerebrales por lo que el consumo de drogas lícitas como el alcohol y el tabaco vendría a modificar ciertas estructuras como la corteza prefrontal. Las consecuencias que puede traer la modificación de las estructuras pueden repercutir en la vida adulta, ya que esta estructura ayudan en el comportamiento de la persona, en aspectos de la función cognitiva como la toma de decisiones (Cadaveira, 2009).

Por vida sexual activa también se encontraron diferencias entre el uso de pornografía, donde los que consumían pornografía era los que tenían vida sexual activa, estos datos coinciden con lo reportado por Mattebo, Tydén, Häggström-Nordin, Nilson y Larsson (2016) donde mencionan que el 43% de la población estudiada reportó que tenía fantasías acerca de copiar los mismos actos sexuales vistos en la pornografía y el 39% había intentado copiar las actividades sexuales vistas. Esto podría explicarse debido a que el inicio de la vida sexual activa es un momento importante en la sexualidad del ser humano, donde del desempeño en el acto sexual dependerá su vida sexual futura, y el no tener un desempeño adecuado puede generar ansiedad o estrés, por lo que utilizan pornografía para sentirse más seguros en su desempeño sexual a través de la réplica de escenas o conductas adoptadas en este tipo de materiales. Por otro lado se podría explicar en relación a que la exposición a contenidos sexuales por parte de los adolescentes incrementa la curiosidad lo que hace que se involucren tempranamente en el debut sexual (López & Martínez, 2018).

En la relación entre el uso de pornografía con la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco, solo se encontró en población en general que la subescala de fetichismo se relacionó con negativamente con la edad de inicio de consumo de tabaco, pero al separar las correlaciones por sexo se encontró en hombres que la subescala de fantasías se correlacionó negativamente con la edad de inicio del consumo de alcohol y en las mujeres una correlación positiva entre la edad de inicio de consumo de alcohol y la edad de inicio del consumo de tabaco, además que la edad de inicio de tabaco se relacionó negativamente con la escala de fetichismo. Estos datos coinciden con lo reportado por Romito y Beltramini (2015), donde mencionan que los adolescentes que eran consumidores de pornografía principalmente eran los hombres y que este uso de pornografía se relacionaba con conductas de riesgo diferenciados por sexo. En los hombres se encontró que el estar expuesto a contenidos pornográficos se relacionó con un

consumo de alcohol en exceso, entre otras conductas de riesgo, en las mujeres el estar expuesta a contenido pornográfico se relacionó con el consumir tabaco. Esto podría deberse a que el consumo de alcohol y tabaco sea representado en los diferentes contenidos pornográficos consultados por los adolescentes, donde el consumo de bebidas alcohólicas posiciona al hombre falsamente percibido como una persona madura, independiente y dominante, en las mujeres el consumo de tabaco puede crear una falsa percepción de libertad e igualdad.

Adicionalmente se identificaron los cinco contenidos con imágenes pornográficas que incrementan el riesgo de consumo de alcohol, donde principalmente fueron: las imágenes de actos sexuales, los que muestren desnudos, las que representen una fantasía sexual, donde participen dos hombres y una mujer en el acto sexual y donde se muestren imágenes soft-core. Esto coincide con información reportada por Ballester, et al. (2011), que mencionan que un alto porcentaje de los participantes del estudio han realizado búsqueda de imágenes o contenidos sexualmente excitantes, aunque realmente no describe que tipo de material fue el consultado por los participantes. Además coincide con los resultados encontrados por Romito y Beltramini (2015), donde en una muestra de adolescentes encontraron que los contenidos preferidos por esta población era la pornografía violenta o degradante, principalmente donde este papel es referido por la mujer, entre contenido se reportó el sexo violento y violación en grupo. En relación a las fantasías y los pensamientos sexuales Moyano y Sierra (2014) mencionan que las fantasías sexuales son importantes en la sexualidad humana, además que las fantasías sexuales desempeñan la función de estimuladora en los comportamientos sexuales, actuando como elemento inductor y potencializador de la excitación sexual tanto en hombres como en mujeres. En su revisión rescatan que en relación a la conducta sexual agresiva los estudios sugieren que son experimentadas cuando existe una mayor frecuencia de consumo de fantasías sexuales desviadas.

CONCLUSIONES

Es importante rescatar que tanto el consumo de alcohol, tabaco y uso de pornografía está presente en la población adolescente y que los hombres son los mayores consumidores de estas conductas de riesgo. Es muy importante poner atención en estas conductas de riesgo en la población adolescente, esto en relación que la nueva literatura menciona que los cambios generados por la tecnología son los nuevos retos en esta etapa. Donde los adolescentes están mayormente expuestos por la alta oferta de contenidos y que es en su mayoría gratuita, lo que permite una mayor exposición y riesgo a la dependencia a este tipo de contenidos

que con el paso del tiempo incrementa la probabilidad de desarrollar nuevas conductas de riesgo como lo son el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, relaciones fallidas, el sexting u otras conductas sexuales de riesgo.

Se sugiere para futuras investigaciones realizar estudios longitudinales para conocer el comportamiento de estas variables en la población de estudio, además incluir la medición del tipo de consumo de alcohol en los adolescentes para conocer el patrón de consumo y si esto podría diferir en los resultados, agregar las diferentes redes para conocer si a través de ellas también hacen consulta de material pornográfico los adolescentes y conocer el tipo de contenido al que tienen acceso por medio de estas redes.

También es importante realizar estudios cualitativos para comprender mejor el fenómeno del uso de la pornografía y el consumo de alcohol u otras drogas, lo que permita conocer si realmente estas variables presentan conexión en este tipo de población, además se podría comparar con población de mayor edad para ver si el problema es diferente por grupos poblacionales.

Es importante para el profesional de la salud trabajar estrategias preventivas en conjunto padres y adolescentes para evitar el uso sin restricciones del internet y sus múltiples aplicaciones, además de evitar el contacto temprano del consumo de sustancias lícitas como el alcohol y tabaco en los adolescentes. Esto en relación a que los adolescentes aun no tienen una buena educación sexual lo que no permite que puedan distinguir entre contenido que pueda llevarlo a un salud sexual saludable.

LITERATURA CITADA

- Albarracín, O. M. & Muñoz, O. L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de la carrera universitaria. *Liberabit*, 14(14), 49-61.
- Asociación de Internet MX. (2019). 15º Estudio sobre los hábitos de los usuarios de internet en México 2018. Movilidad en el usuario de internet mexicano. Recuperado de <https://www.asociaciondeinternet.mx/estudios/habitos-de-internet>
- Ballester, A. R., Gil, L. M. D., Giménez, G. C., Ruiz, P. E., & Ceccato, R. (2011). Exposición voluntaria a material sexual en internet: Un análisis en la adolescencia y juventud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology- INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 207-214.

- Ballester, B. L., Orte, S. C., & Pozo, G. R. (2014). Estudio de la nueva pornografía y relación sexual en jóvenes. *Anduli, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 13, 165-178.
- Cadaveira, M. F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo?. *Adicciones*, 24(4), 281-285.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019) Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. (7ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hurtado de Mendoza, Z. M. T., Veytia, L. M., Guadarrama, G. R., & González-Forteza, C. (2017). Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones coitales en estudiantes universitarios. *Nova Scientia*, 9(19), 615-634.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica. Resultados principales. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnología de la Información en los Hogares (ENDUTIH). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/OtrTemEcon/ENDUTIH_2018.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], & Secretaría de Salud [SSA]. (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239257/ENCODE_A_LCOHOL_2014.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], & Secretaría de Salud [SSA]. (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239258/ENCODE_T_ABACO_2014.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SSA]. (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, [ENCODAT] 2016-2017: Reporte de alcohol. Recuperado de

https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SSA]. (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, [ENCODAT] 2016-2017: Reporte de tabaco. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view>
- Labay, M. M., Labay, G. A., & Labay, G. M. (2011). Internet, sexo y adolescentes: una nueva realidad. Encuesta a jóvenes universitarios españoles. *Pediatría Atención Primaria*, XIII (50), 225-232.
- López, T. R. & Martínez, T. J. L. (2018). Factores asociados al debut sexual, actividad sexual en línea y calificación en estudiantes de morelia. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(1), 16-22.
- Mattebo, M., Tydén, T., Häggström-Nordin, E., Nilsson, K. W., & Larsson, M. (2016). Pornography consumption among adolescent girls in Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, DOI:10.1080/13625187.2016.1186268
- Mesch, G. S. (2009). Social bonds and Internet pornographic exposure among adolescents. *Journal of Adolescence*, 32(3), 601-618.
- Morelli, M., Bianchi, D., Baiocco, R., Pezzuti, L., & Chirumbolo, A. (2016). Sexting behaviors and cyber pornography addiction among adolescents: the moderating role of alcohol consumption. *Sex Res Soc Policy*, DOI 10.1007/s13178-016-0234-0
- Moyano, N. & Sierra, J. C. (2014). Fantasías y pensamientos sexuales: Revisión conceptual y relación con la salud sexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 376-393.
- Porto, A. O., Rios, M. A., & Souza, D. A. (2018). Influence of television media on alcohol consumption by university students. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(1), 52-61.
- Reolid-Martínez, R. E., Flores-Copete, M., López-García, M., Alcantud-Lozano, P., Ayuso-Raya, M. C., & Escobar-Rabadán, F. (2016). Frecuencia y características de uso de Internet por adolescentes españoles. Un estudio transversal. *Arch Argent Pediatr*, 114(1), 6-13.
- Romito, P. & Beltramini, L. (2015). Factors associated with exposure to violent or degrading pornography among high school students. *The journal of school nursing*, 3(4), 280-290.

- Shekarey, A., Rostami, M. S., Mazdai, K., & Mohammadi, A. (2011). Masturbation: Prevention; Treatment. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 30, 1641-1646.
- Velasco, A. & Gil, V. (2017). La adicción a la pornografía: causas y consecuencias. *Drug and Addictive Behavior*, 2(1), 122-130.
- Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., Lapa, T. R., Karr, J., Harrison, N. A., Potenza, M. N., Irvine, M. (2014). Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours. *PLoS ONE*, 9.
- Wright, P. J., Sun, C., Steffen, N. J., & Tokunaga, R. S. (2015). Pornography, alcohol, and male sexual dominance. *Communication Monographs*, 82(2), 252-270.

SÍNTESIS CURRICULAR

Mario Enrique Gámez Medina

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor e Investigador de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-C), Conacyt-México. Correo electrónico: mario.gamez@uas.edu.mx

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-C), Conacyt-México. Correo electrónico: jesica.ahumada.cortez@uas.edu.mx

Carolina Valdez Montero

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Su línea de investigación es prevención de adicciones y sexualidad responsable. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-1), Conacyt-México. Correo electrónico: carolina.valdez@uas.edu.mx

Lucia Caudillo Ortega

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Guanajuato de la Universidad de Guanajuato. Su línea de investigación es sexualidad, reproducción y anticoncepción. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-C), Conacyt-México. Correo electrónico: lucia.caudillo@ugto.mx

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LACTANCIA MATERNA: PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EXPERIENCIAS DE MADRES CON TRABAJO REMUNERADO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF BREASTFEEDING: GENDER PERSPECTIVE AND EXPERIENCES OF MOTHERS WITH PAID WORK

María de los Ángeles **Ramírez-Uribe**¹ y Rosario Edith **Ortiz-Félix**²

Resumen

La lactancia materna es una práctica bio-cultural, considerada un asunto de salud pública. Es también una práctica aprendida socialmente vinculada al ejercicio de las actividades maternas. Todas las sociedades tienen una representación social de la maternidad que orienta sus políticas y rige sus acciones. No obstante, la concepción de cada grupo de mujeres que la conforme, cambia en relación a sus condiciones de vida, y en este sentido, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado da cuenta de transformaciones en las formas de concebir y ejercer prácticas como la lactancia materna, incidiendo en la construcción de sus representaciones sociales. Este artículo tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de la lactancia materna y su relación con las construcciones de género, de un grupo de madres lactantes

con trabajo remunerado usuarias de guarderías del IMSS en Culiacán, Sinaloa. El enfoque de la investigación es cualitativo y se utilizó el método de las representaciones sociales. Se aplicaron seis entrevistas semiestructuradas a madres que hicieron uso de su derecho laboral de lactancia y se realizó un análisis de contenido. Los hallazgos más importantes muestran la representación social de la lactancia materna como: símbolo de salud-bienestar, eje articulador de la relación familiar y práctica transgresora-disidente. Se evidenció que las construcciones de género inciden directamente en la configuración simbólica de las representaciones sociales de la lactancia materna. Se concluye que las condiciones de vida de estas mujeres, su concepción en el deber ser de mujer-madre, la significación de su cuerpo y el espacio, generan representaciones sociales ambivalentes y dinámicas, a partir de las cuales superan los

¹ Egresada de la Maestría en Trabajo Social con Acentuación en Estudios de Género y Profesora de Asignatura de la Facultad de Trabajo Social Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

conflictos que se les presentan en sus prácticas de lactancia. El presente estudio aporta conocimientos que sustentan la necesidad políticas de corresponsabilidad social para la promoción de la lactancia materna.

Palabras clave: representaciones sociales, lactancia materna, género, maternidad.

Abstract

Breastfeeding is a bio-cultural practice, considered a public health issue. It is also a socially learned practice linked to the exercise of maternal activities. All societies have a social representation of motherhood that guides their policies and governs their actions. However, the conception of each group of women that conforms it, changes in relation to their living conditions, in this sense, the incorporation of women into paid work presents transformations in the ways of conceiving and exercising practices such as breastfeeding, influencing the construction of their social representations. This article aims to analyze the social representations of breastfeeding and its relationship with gender constructions, of a group of mothers

with paid work who use childcare centers at IMSS in Culiacán, Sinaloa. The research approach is qualitative and the method of social representations was used. Six semi-structured interviews were applied to mothers who used their nursing labor rights and a content analysis was performed. The most important findings show the social representation of breastfeeding as: symbol of health-well-being, articulating axis of the family relationship and transgressive-dissident practice. It was evident that gender constructions directly affect the symbolic configuration of the social representations of breastfeeding. It is concluded that the living conditions of these women, their conception in the duty of being a woman-mother, the significance of their body and space, generate ambivalent and dynamic social representations, from which they overcome the conflicts that are presented to them in your breastfeeding practices. This study provides knowledge that supports the need for social co-responsibility policies for the promotion of breastfeeding.

Key words: social representations, breastfeeding, gender, maternity.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados durante el puerperio y la alimentación del recién nacido están guiados por significados culturales afianzados entre las mujeres (Franco-Ramírez, et al., 2018). Donde la lactancia materna (LM) es un tema de gran relevancia social, como una práctica internacionalmente reconocida como capaz de mejorar las condiciones de salud materno-infantiles (Victoria et al., 2016). Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) reconoce la importancia de aumentar las tasas de lactancia materna para impulsar el desarrollo económico y sanitario de los países.

Sin embargo, la toma de decisiones con respecto a este tipo de prácticas sanitarias varía de acuerdo a influencias culturales y sociales que son aprendidas junto con otras actitudes y valores durante procesos de socialización, en dónde la mujer que lacta, su familia y la comunidad responden de una manera construida socialmente (Llor, Abad, García & Nieto, 1995). La LM ha sido explicada por

representaciones sociales adquiridas mediante la comunicación familiar y afianzadas por la necesidad de apoyo debido a ausencia temporal o permanente de pareja, crisis personales motivadas por los cambios corporales, miedo a sufrir cambios por la lactancia y desconocimiento sobre cómo llevar a cabo la lactancia (Franco-Ramírez, et.al, 2018).

Por su parte, la Academia Nacional de Medicina de México reconoce como obstáculos en la adopción de esta práctica, la falta de apoyo familiar y social, así como el aprendizaje de creencias distorsionadas de la práctica en distintos ámbitos (González, Hernández-Cordero, Rivera-Dommarco & Hernández-Ávila, 2017). Por lo que es un imperativo el abordaje del estudio de la lactancia materna desde las ciencias sociales, pues este enfoque da cuenta de los procesos de socialización implícitos en distintos ámbitos a partir de los cuales las mujeres conocen, significan y adoptan esta práctica.

Particularmente, la teoría de las representaciones sociales puede aportar al estudio de la lactancia, elementos para comprender su dimensión simbólica y dar cuenta de los procesos de construcción de los significados a partir de la comunicación que establecen los individuos en los diferentes ámbitos de su vida, es decir, se ubica en el contexto de una epistemología dialógica (Cerrato & Palmonari, 2007). Es a través de la interacción y la comunicación, que los actores sociales producen un sistema de conocimiento que permite comprender e interpretar las prácticas diarias, otorgándoles un sistema de referencia que se relaciona y verifica en la experiencia diaria de la vida (Markova 2008; Jovchelovith, 2008). Desde esta mirada, la representación social de la lactancia materna puede entenderse como conocimiento generado a partir de la socialización de la mujer lactante, que como un saber común, se constituye en un tipo de saber práctico que orientará la forma en cómo la mujer la ejerce en los distintos entornos sociales y en cómo se comunica con los otros en relación a ésta.

Sumado a lo anterior, el análisis de esta práctica puede enriquecerse con la categoría de género, al asumirla como el punto de intersección y explicación de los comportamientos sociales de las mujeres anclados en las representaciones sociales del deber ser de mujer (Flores, 2010). Se reconoce, entonces, que la lactancia tiene un claro componente ideológico vinculado a la construcción social de la maternidad (Fernández, 2014), pues su ejercicio es considerado como un cuidado materno que es orientado por la representación social de lo que es ser mujer-madre, en dónde esta representación lleva encarnada una serie de deberes y actuares que se reproduce en los discursos (Palomar, 2005) que circulan socialmente y que impregna de significados específicos esta práctica.

Ciertamente, la concepción de cada grupo de mujeres acerca de las actividades maternas, cambia en relación a las condiciones de vida en donde se desenvuelven, pues las experiencias que conforman su ejercicio maternal las impregnan de significados (Lagarde, 1990). Desde esta visión, las actividades

maternales, incluida la de amamantar, constituyen un lazo entre las experiencias individuales, las representaciones socialmente compartidas del ser madre (Castilla, 2005), así como de las condiciones específicas en donde se desenvuelven las mujeres.

En este sentido, la incorporación de las mujeres al mercado laboral en México, formado en su mayoría por mujeres en edad reproductiva, es una condición social que determina la significación y práctica de la lactancia materna (Secretaría de Salud [SS], 2016) y que particularmente “tiene el potencial de inhibir el establecimiento y mantenimiento normal de la lactancia si no se cuenta con apoyo adecuado en el ámbito laboral” (González, Hernández-Cordero, Rivera-Dommarco & Hernández-Ávila, 2017, p. 109).

Actualmente, las mujeres incorporadas al mercado laboral adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tienen derecho de permiso de maternidad, permiso de hora de lactancia durante la jornada laboral y servicio de guardería. En Culiacán actualmente existen 19 guarderías del IMSS que atienden hijos e hijas menores de 4 años de mujeres trabajadoras que son derechohabientes (IMSS, 2017) y como parte de la atención al cuidado de la salud del infante, estas guarderías permiten a las mujeres lactantes llevar leche materna en recipiente de vidrio o acceder al interior de las instalaciones en horario laboral para amamantar a sus infantes. Sin embargo, de las 19 guarderías activas en Culiacán, solamente en 3 existen actualmente madres haciendo uso de ese derecho.

Las mujeres con trabajo remunerado conforman ideas y creencias de esta práctica a partir de las interacciones que tienen en los diversos espacios e instituciones en donde se desenvuelven diariamente, como lo son su familia, sus centros de trabajo y las guarderías en donde tienen a sus infantes, lo que abona en la construcción de la representación social de la lactancia materna (Cerrato & Palomari, 2007; Markova, 2008).

Algunos estudios reportan que las madres trabajadoras lactan menos tiempo a sus hijos e hijas (Becerra-Bulla, Rocha-Calderón, Fonseca-Silva & Bermúdez-Gordillo, 2015; Gallegos-Martínez & Reyes-Hernández, 2018; Pérez, Miranda, Peinado & Iribar, 2013), debido a las situaciones de conflicto con las que se enfrentan diariamente. Se ha evidenciado que trabajar fuera del hogar, lleva a las madres a no iniciar o a abandonar de forma precoz la lactancia materna exclusiva debido a que no se logra un entorno favorable, pues se reconoce que sus diferentes leyes, reglamentos, normas y acuerdos son poco difundidos haciendo incierta su aplicación, cumplimiento y sanción (SS, 2016), sobre todo en los centros de trabajo.

La realidad percibida por las mujeres es una falta de apoyo del entorno laboral en la que se les impone elegir entre el trabajo y la crianza (Becerra-Bulla, Rocha-Calderón, Fonseca-Silva & Bermúdez-Gordillo, 2015; Batthyány, Genta

& Perrotta, 2014). El desarrollo de la confianza mutua entre madres con trabajo remunerado, centros de trabajo y estancia infantil son esenciales para permitir a estas mujeres amamantar por más tiempo (Monk, Gilmour & Hall, 2013; Smith et al., 2013). Por todo lo anteriormente expuesto, surgen las preguntas de ¿Cuáles son las representaciones sociales de la lactancia materna en madres con trabajo remunerado? ¿Qué construcciones de género están implícitas en estas representaciones sociales?

Este artículo, tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de la lactancia materna y su relación con las construcciones de género, de un grupo de madres lactantes con trabajo remunerado usuarias de guarderías del IMSS en Culiacán, Sinaloa, que decidieron hacer uso de su derecho laboral de lactancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación cualitativa que utilizó el método de la representación social con enfoque fenomenológico de alcance comprensivo en la que se invitó a participar a madres con infantes en etapa lactante que estaban haciendo uso de su derecho laboral de lactancia materna usuarias de servicios de guardería del IMSS en Culiacán, Sinaloa.

Se realizó un estudio cualitativo, debido a que este tipo de abordaje permite un acercamiento al entendimiento de los significados atribuidos a las prácticas, construidos en el contexto de la vida, desde la perspectiva de los actores sociales (Creswell, 2009). Así mismo, las representaciones sociales como herramienta metodológica centra su atención en las interacciones simbólicamente mediadas en la construcción social de la realidad y que, desde esta perspectiva, la representación social no queda anclada en el plano mental, sino que constituye la realidad misma, que puede ser pensada, dicha o actuada a través de palabras, gestos o acciones que son compartidos socialmente, entendiendo entonces que lo representacional tienen repercusiones en la práctica y los discursos reproducidos en el mundo de la vida (Weisz, 2017).

La recuperación de los datos se efectuó a través de la entrevista semiestructurada, entendida esta técnica como un encuentro cara a cara en donde el investigador recupera información a través de la interacción, en donde busca que el entrevistado traslade al investigador a su mundo y le permita entender sus propios significados (Berenguera et al., 2014). El guión temático de las entrevistas contiene las siguientes dimensiones: 1) representaciones sociales de la lactancia materna que se compone por creencias, concepciones, percepciones y conocimientos sobre la lactancia construidos a partir de las interacciones de las mujeres en el espacio doméstico y laboral; 2) construcciones de género integradas

principalmente por las concepciones del deber ser de madre, las significaciones del cuerpo de mujer y las responsabilidades en la distribución del trabajo doméstico.

El trabajo de campo se realizó a través del departamento de servicios de guardería del IMSS en Culiacán, Sinaloa. Se identificaron 3 guarderías en la localidad que tenían madres usuarias haciendo uso de su derecho de lactancia materna. El contacto con la población de estudio se estableció en julio de 2018 y la conformación del grupo de mujeres entrevistadas correspondió a un muestreo no probabilístico del tipo de selección por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017). El grupo de entrevistadas lo integraron 6 madres con infantes en salas de lactantes que hacían uso de su derecho de lactancia materna, tanto en el espacio de guardería, como en el centro de trabajo. Es preciso aclarar, que se reportaron un total de 8 mujeres haciendo uso de este derecho al momento de realizar la investigación y fueron 6 de ellas las que estuvieron dispuestas y disponibles para realizar las entrevistas, todas con características similares.

Es importante comentar que para el desarrollo de la presente investigación se consideraron los siguientes principios éticos: 1) beneficencia y no maleficencia, donde los conocimientos sociales que se aportan sobre el tema son de gran relevancia para desarrollar la práctica de lactancia materna, además no se expuso a riesgo alguno a las participantes; 2) autonomía, dando valor a las opiniones y elecciones de las participantes expresada a través del consentimiento informado por escrito, en el cual las participantes accedieron voluntariamente a participar y se les explicaron los objetivos de investigación, tipo de entrevista a realizar, beneficios, el tratamiento de la información proporcionada y la exclusiva difusión con fines académicos, así mismo, el respeto al derecho de disenso, es decir negarse a participar o retirarse en cualquier momento de la investigación; finalmente 3) confidencialidad y privacidad, se cuidó el anonimato en la identidad de las participantes en el estudio, además de los testimonios compartidos, cuidando siempre no difundir elementos de las narrativas con los que pudieran ser identificadas. Respecto al material obtenido (grabaciones), solo el investigador tuvo acceso a él en un lugar de acceso controlado y se destruirá después de un año.

Con el consentimiento de las madres por escrito, las entrevistas se grabaron y se transcribieron para posteriormente realizar un análisis de contenido. Esta es una técnica de interpretación de textos que se caracteriza por tener el registro de datos en donde el denominador común de estos materiales es su capacidad de albergar contenidos que una vez leídos e interpretados adecuadamente pueden abrir las puertas al conocimiento de distintos aspectos y fenómenos de la vida social (Andréu, 2006).

La sistematización de los datos se apegó al proceso de codificación y categorización propuesto por Strauss y Corbin (2002), el cual se divide en dos momentos: el primero en donde se realiza la codificación abierta mediante la desintegración de los datos narrativos; el segundo en donde se realiza la codificación axial de los datos al integrar todos los fragmentos que sustentan cada código dentro de una matriz, lo que permitió conformar las categorías teóricas del presente trabajo para realizar el análisis del dato empírico, y así, alcanzar el objetivo planteado en este artículo.

RESULTADOS

Los datos se obtuvieron a través de los testimonios de las participantes, lo que permitió construir las diferentes representaciones de la lactancia materna a partir de sus experiencias de vida, concepciones, creencias, conocimientos e interacciones establecidas en los distintos espacios donde se desenvuelven. Al mismo tiempo, sus narrativas dieron cuenta de diversas construcciones de género presentes en sus experiencias de lactancia. Estas construcciones de género relacionadas a la maternidad dan cuenta también de la vivencia y concepción de su cuerpo, de sus relaciones y del espacio. A continuación, se presenta la caracterización del grupo de mujeres participantes:

Tabla 1. Características de las madres entrevistadas

Entrevistada	Edad	Estado civil	Número de hijos	Edad del lactante	Escolaridad	Ocupación
M1	35	Casada	2	11 meses	Maestría	Coordinadora académica
M2	33	Casada	1	28 meses	Licenciatura	Directora
M3	24	Casada	2	5 meses	Preparatoria	Asistente educativa
M4	29	Casada	2	11 meses	Licenciatura	Ejecutiva de ventas
M5	38	Unión libre	1	14 meses	Licenciatura	Asistente educativa
M6	42	Casada	3	16 meses	Licenciatura	Administrativa

Fuente: elaboración propia.

1. Representaciones sociales de la lactancia materna

Este grupo de mujeres concibe a la lactancia materna como un buen cuidado para sus infantes, símbolo de salud y bienestar. Esta es una representación social que surge de los significados atribuidos a la lactancia como práctica sanitaria, preventiva de enfermedades, que aporta a la buena nutrición y desarrollo del infante, además de ser percibida como potencializadora del desarrollo de la inteligencia y la destreza física.

Pues para mí sería unos de los primordiales cuidados la lactancia materna, porque para mí es el principal punto de apego, porque eso les crea apego con uno y deste, y los niño... y aparte les ayuda a crear diferentes defensas en su organismo tanto estomacales, como neuronales, les ayuda a desarrollar... como le explicaré, le ayuda a desarrollar niveles psicológicos más normales, que no tengan problemas de aprendizaje, psicomotrices pues, todo eso les ayuda. (M5)

Se encontró también, que la lactancia materna representa ser un cobijo materno. Estas madres al concebir sus senos como vehícul o de amor maternal, cargan de significados sus prácticas de lactancia, llegándola a concebir como vínculo entre ella y el infante, cómo técnica de consuelo, protección y construcción de apego. La fuerte carga afectiva de esta representación social deviene, tanto del mandato social impuesto a la madre de saber cuidar con amor, cuanto de sus experiencias personales al amamantar, pues manifiestan sentir que se comunican con los infantes, que logran transmitirles seguridad y que construyen un lazo.

La leche [materna] sí creo que es algo que ayuda para ese lazo, con tu bebé, darte tu seguridad. (M2)

Se lo trataban de dar en los bibis que manejan, nunca lo quiso, en los vasitos entrenadores de aquí nunca lo aceptó tampoco mi leche materna. Él quería sentir la piel de la mamá, el cobijo de la mamá, el estar aquí calientito. (M6)

Por otro lado, las mujeres exponen a la lactancia materna como un eje que articula las relaciones que tiene al interior de su familia, generadora de cambios y acuerdos. Por un lado, conocieron la práctica a través de lo que sus familiares

les decían y de lo que observaban en ese espacio. La configuración de las relaciones entre las mujeres de su familia giraba en torno a las prácticas de lactancia de la nueva madre. Por otro lado, una vez que ellas fueron madres, al igual que en su infancia, amamantar ha sido motivo de comunicación y acuerdos con sus conyugues.

Mi abuela me decía que siempre lo más importante era amamantar...Pero siempre era, como hacerle para que si des pecho...Mi mamá también daba pecho, lo vi con mi hermana más chica. Cuando [nombre de hermana] nació yo ya tenía diecinueve años. Entonces, para nosotros amamantar como que es normal. (M1)

Él[esposo] está muy contento, me ayuda, me apoya y es de que en las noches, oye tu alista la pañalera en lo que yo me saco leche para el niño. Entonces nos dividimos tareas, para yo tener mis tiempos de sacar leche. (M1)

La madre con trabajo remunerado lucha con una serie de condiciones en las que tiene que desenvolverse diariamente y en las que tiene que empatar sus prácticas de lactancia materna. Esta práctica, al ser concebida como una de las actividades de cuidado de los infantes, no es priorizada en el entorno laboral, lo que lleva a la mujer a buscar estrategias para cubrir sus expectativas de lactancia. Esto implica a la madre dedicar mucho tiempo y le supone un importante desgaste físico, pues manifiesta sentirse cansada debido a su ejercicio lactante, por lo que les representa una práctica sacrificante.

Pues ahora, por ejemplo, si me siento un poquito más cansada. Las desveladas si me pegan. Antes no trabajaba y pues a la hora que me pidiera, pues yo... Pues, desde las 4 y media, en adelante, ¡ay Dios! Casi todo el día le doy. (M3)

Las mujeres sienten que transgreden cuando lactan en el espacio público, pues perciben una incomodidad y cuestionamiento por parte de las personas que las rodean. Manifiestan utilizar recursos, para sentir que la transgresión sea menor. Además, su ejercicio lactante disiente con la lógica de los mercados, porque requiere que la mujer se separe de su jornada laboral, disminuyendo así su capacidad productiva. Es por esto, que la lactancia materna como práctica transgresora-disidente es una representación social fuertemente anclada en este grupo de madres.

Porque yo también digo, no le voy a dejar de dar pecho al niño, porque las demás no quieren ver. (M1)

La mayoría de las profesionistas que conozco no lo hacen, no lo hacen y me voltean a ver como la de rancho. (M1)

2. Construcciones de género relacionadas a la lactancia materna

Una de las primeras construcciones de género que estas mujeres manifestaron tener, es la omnipotencia de la mujer-madre. Las entrevistadas elaboran estrategias para poder realizar las tareas que le son requeridas desde el espacio laboral y desde el espacio doméstico. Estas mujeres, se conciben así mismas como mujeres que todo lo pueden, que todo lo resuelven, sobre todo cuando se trata de aspectos del cuidado de sus hijos. Reconocen que como mujeres, debieron aprender a resolverlo todo y que no requieren de los otros para superar los desafíos que ellas mismas se atribuyen. Por lo que, toda mujer-madre todo lo puede, cuando así lo decide.

Las mujeres aprendemos a resolver. A mí siempre se me ha hecho que uno resuelve con o sin...Eh... no es algo que nos vaya a detener cuando uno ya tiene muy claro qué hace, y para qué lo hace. (M1)

Como te digo, es algo deseado [amamantar a sus hijos], y cuando tu deseas algo con todo tu corazón tú lo logras. Y si es algo que no te lo educaron o te lo enseñaron tus padres, tú estudias, tú lo buscas, tú aprendes, porque siempre estás aprendiendo, entonces si tú quieres generar ese cambio tú lo vas a hacer. (M6)

Otra de las construcciones de género, presente en sus narrativas, es la de que una madre debe prepararse. Se encontró que estas mujeres conciben la maternidad como un proyecto de vida, que les supuso elaborar un plan previo que integraba una serie de actividades de aprendizaje para conocer las mejores opciones de cuidado de sus infantes. Buscaron información sobre la lactancia materna a partir de libros, revistas y páginas de cuidado infantil en redes sociales. Están convencidas que una madre debe prepararse, como en cualquier otro proyecto de la vida.

Asumir nuestro rol también como mamás, o sea, si ya estamos en el proceso, hay que tomarlo en serio, no es cómo... si es cierto que es natural, pero también te tienes que preparar. Así como te preparas para estudiar

la primaria, la secundaria, o sea, para ser mamá también te tienes que preparar y nos falta mucha información. (M1)

Entonces ahí a leer, a leer y poder, este, yo decía, no pues así le voy a hacer y esta ya es un dato más... como que si lo voy a hacer a cómo me lo están marcando aquí, y así me fui documentando. (M6)

Para estas madres la manera de concebir y significar su cuerpo a partir de sus experiencias al amamantar, se configura desde diversas aristas, convergiendo siempre en ser entendido como instrumento que cubre las necesidades del otro. Uno de estas concepciones, se fundamenta en una perspectiva naturalista. Desde esta óptica, el cuerpo lactante es productor y vehículo del alimento de los infantes, como lo vemos en la siguiente narración:

No sé... a veces sí la veo y digo es increíble que de aquí [señala su seno] porque uno no está viendo que salga nada, entonces como puede crecer [la hija] nada más con esto que sale de aquí [señala el pecho y se ríe]. (M4)

Por otro lado, se encontró también una connotación sexual de sus senos. Las madres narran que al lactar frente a otras personas buscan tapar sus senos para no incomodar. En todos los discursos estuvo presente el uso de la sábana, la toalla o el trapo, como parte del cotidiano en su tarea de amamantar. De manera implícita, enuncian sentir pudor o vergüenza, al asumir la necesidad de cubrir sus senos cuando están en público.

No estaba acostumbrada, iba a reuniones con muchos hombres pues. Entonces, era como que me daba pena, y cómo me tapo. (M2)

Por ejemplo, si vengo en el camión y también... No, no. Yo le doy, nomás la sabanita y yo le doy a él (M3)

A su vez, dentro de los testimonios se puede observar una participación del hombre implicada en las prácticas de lactancia de estas mujeres. Si bien, nuestras participantes se conciben como únicas responsables en su tarea de amamantar, se encontró dentro de la dinámica familiar una participación del hombre en las tareas domésticas, brindando mayor tiempo y energía a la madre para lactar a los infantes o extraerse la leche.

O sea, él está muy contento, me ayuda, me apoya y es de que, en las noches, oye tu alista la pañalera en lo que yo me saco leche para el niño. Entonces nos dividimos tareas, para yo tener mis tiempos de sacar leche. (M1)

Si bien, amamantar en público es parte del cotidiano de estas mujeres, el espacio privado, es el espacio que consideran idóneo en sus prácticas de lactancia. Pensar en el espacio privado, no remite exclusivamente a lo doméstico, si no a todas aquellas áreas que consignan a lo cerrado, a lo íntimo, a lo individual. Las mujeres, en este sentido, conciben a la lactancia materna como una práctica que es mejor ejercerla en lo privado, el espacio público no es apto para su ejercicio. Por un lado, refieren sentirse más cómodas cuando es así, y por otro lado, las personas con las que interactúan así se lo hacen ver.

Bajo a la oficina de una compañera que son dos mujeres y entonces ahí ya cierro, y es donde me extraigo la leche. Pero... no hay espacios, no hay espacios pues para lactar. Si... que te sientas cómoda, no. (M1)

Y me dijeron, si quiere extráigase ahí en el baño. Me sentí, así como que... y me extraje en el baño, pero seguí buscando para darle yo. (M2)

Se puede argumentar que las representaciones sociales de la práctica de lactancia de las madres con trabajo remunerado se entrelazan con las construcciones de género (Figura 1).

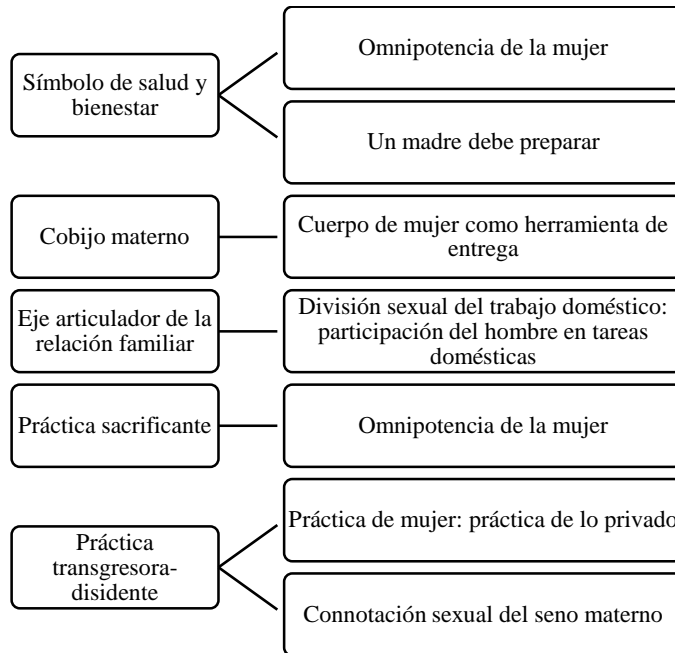


Figura 1. Representaciones sociales de LM y su relación con las construcciones de género.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Las representaciones sociales de la lactancia materna evidenciadas en los resultados, son consideradas como tal, porque presentan una forma determinada de ser percibidas, tienen aspectos afectivos y un carácter funcional en relación a las decisiones de amamantamiento de estas mujeres (Cerrato & Palmonari, 2007). Es a través de la interacción y la comunicación de estas madres en los distintos espacios donde se desenvuelven, que produjeron un sistema de conocimiento en relación a la lactancia, que les permitió comprender e interpretar sus prácticas diarias, proporcionándoles un sistema de referencia que relacionaron y verificaron en la experiencia diaria de su vida y que, como afirma Jovchelovith (2008), esta apropiación cognitiva de la lactancia materna, llamada representación social, las llevó a establecer una relación significativa, afectiva y un posicionamiento social.

La lactancia materna como buen cuidado, símbolo de salud y bienestar, coincide con diversos estudios (Pérez & Moreno, 2017; Sales, Castanha & Aléssio, 2017; Gallegos-Martínez, & Reyes-Hernández, 2018). Es interesante observar que si bien esta representación está muy vinculada a una perspectiva sanitaria construida desde entornos médicos, en el caso de las entrevistadas, han sido ellas a través de indagaciones personales sobre la lactancia, los discursos que en su familia vienen escuchando desde temprana edad y el contacto con otras madres a favor de la lactancia materna, que han conformado esta mirada, en donde los profesionales de la salud solamente han reforzado lo que ellas mismas ya tenían claro.

Por su parte, la representación social de la lactancia materna como cobijo materno, se construyen de la interacción directa de las madres con sus infantes a través de sus prácticas de amamantamiento. Diversas investigaciones, realizadas en otros contextos con características distintas en la población de estudio, han dado cuenta también de la concepción de este atributo afectivo (Tabares, Gallego & Peláez, 2014; Pérez & Moreno; 2017). La experiencia que les proporciona su ejercicio lactante imprime de elementos afectivos a la práctica, y que como afirma Markova y Jovchelovith, es la interacción y la comunicación de las actrices sociales lo que producen un sistema de conocimiento que les permite comprender, interpretar y construir una relación significativa y afectiva del objeto representado (Markova, 2008; Jovchelovith, 2008).

Continuando con las representaciones sociales encontradas, la lactancia materna como eje articulador de las relaciones familiares está fundamentada en las interacciones dentro del espacio familiar de estas madres. La construcción de significados a partir del entorno familiar, es un aspecto presente en varias investigaciones como eje fundamental en los procesos sociocognitivos de la práctica (Tabares et al., 2014; Escalona, 2016). La lactancia, fue siempre motivo de comunicación cuando una mujer de la familia tenía un infante recién nacido, lo que llevó a ser punto de mediación de las relaciones familiares en ese momento. Además, una vez que ellas fueron madres, al igual que en su infancia, la lactancia materna ha sido motivo de comunicación y acuerdos con sus conyugues.

Es por esto que, la lactancia materna representa para estas mujeres un eje que articula las relaciones que tiene al interior de su familia, generadora de cambios y acuerdos. Por un lado, las mujeres conforman ideas y creencias de esta práctica a partir de las interacciones que tienen en los espacios e instituciones en donde se desenvuelven diariamente, como lo es su familia, (Cerrato & Palomari, 2007; Markova, 2008) y por otro lado, si bien es cierto lo que exponen Cerrato y Palmonari (2007) acerca de la comunicación social como fundamento en la construcción de significados, en este caso, es el tipo de comunicación que establecieron las actrices sociales y la relevancia de la misma, la que se convirtió por sí misma, en un significado importante atribuido a sus prácticas de lactancia.

Un aspecto interesante a discutir de las diferentes representaciones encontradas, es que éstas dan cuenta de sentidos ambivalentes (Cortés-Rúa, & Díaz-Grávalos, 2018) en sus contenidos simbólicos, característica que Markova (2008) afirma es posible, debido a que los distintos significados y valoraciones del objeto representado se generan según el contexto, las condiciones y las interacciones de los actores sociales. La situación que viven las madres con trabajo remunerado las posiciona en distintas circunstancias contradictorias que imprime connotaciones negativas en algunas de las representaciones sociales.

Una de ellas, es la lactancia materna como práctica sacrificante, en donde se evidencia que las condiciones de vida en donde se desenvuelven estas mujeres no son las más favorecedoras para empatar sus prácticas de lactancia con las distintas actividades que debe realizar durante el día. Esta práctica, al ser concebida como una de las actividades de cuidado de los infantes, no es priorizada en el entorno laboral, lo que lleva a la mujer a buscar estrategias para cubrir sus expectativas de lactancia. Otra, es la lactancia materna como práctica transgresora y disidente, pues las mujeres son conscientes de que con su ejercicio lactante incomodan en el espacio público y se revelan ante las condiciones impuestas en el ámbito laboral (Massó, 2015; Massó, 2013).

Diversas construcciones de género se hacen presentes en la configuración de la dimensión simbólica de las representaciones sociales encontradas. Las construcciones de género, al integrar un conjunto de creencias, valores y normas mediante las cuales se dinamiza la comunicación social, se normativiza la diferencia de funciones entre los sexos y se determinan las prácticas sociales que ambos sexos reproducen (Flores, 2010), producen expectativas de comportamiento social diferenciado por sexo (Salazar, 1998) e inciden en la construcción de la identidad personal, al imponer un deber ser de hombre o mujer. La lactancia materna al ser una práctica femenina, está impregnada por estas construcciones de género que incidirá en las normas, valores, concepciones, conocimientos y creencias, que se tengan acerca de la misma.

Así por ejemplo, puede observarse como la concepción de que para ser madre una mujer tiene que prepararse motivó a estas mujeres a llevar un proceso de educación y capacitación con relación a las actividades maternas que reforzó la representación social de la lactancia como buen cuidado, símbolo de salud y bienestar. Asumir que para ser madre es necesario prepararse, alude a una concepción específica de la maternidad, producto de las particularidades de este grupo de mujeres, que como afirma Castilla (2005), su concepto es el “resultado de la actividad selectiva e interpretativa que las mujeres realizan en un contexto social determinado y no como algo inherente a la naturaleza de las mismas” (p. 195). Además, su sentido de que una mujer todo lo puede la impulsó a llevar a cabo este proceso educativo. Esta representación, lleva a concebir a la lactancia

materna como buen cuidado, lo que motiva y orienta a estas madres a seguir amamantando.

La concepción del cuerpo de mujer como herramienta de entrega es punto de partida en la representación social de la lactancia natural como cobijo materno. La fuerte carga afectiva de esta representación social deviene, tanto del mandato social impuesto a la madre de saber cuidar con amor, cuanto de sus experiencias personales al amamantar. Lo anterior concuerda con Formighieri, Piccoli, Bezerra y Bettega (2018) que afirman que en el caso de la mujer a partir de su papel de madre y al iniciar el proceso de la lactancia materna se enfrenta a nuevas actuaciones corporales, nuevas emociones que emergen del contacto con el infante, otros significados y valoraciones de su cuerpo y senos que se mezclan con la dimensión simbólica del cuerpo de mujer que circula en los discursos sociales.

Por su parte, la participación del hombre en las tareas domésticas evidenciada en las narraciones de estas mujeres, juega un papel importante en la construcción de la representación social de la lactancia como eje articulador de las relaciones familiares. Esta distribución equilibrada en la división sexual del trabajo doméstico y de participación en las tareas de crianza, ha tenido implicaciones directas en el ejercicio y concepción de la lactancia. Lo anterior coincide con lo que expone Massó (2013) al afirmar que la lactancia materna es una cuestión colectiva, un fenómeno que no sólo involucra a la madre y al infante lactante, sino que requiere un contexto de interdependencia y reconocimiento social para poder fluir. Así bien, a partir de que estas mujeres se convirtieron en madres, la lactancia materna las impulsó a establecer acuerdos en el espacio doméstico que llevaron al hombre a tener una participación activa en las tareas de crianza, lo que ha mejorado las condiciones para que ellas puedan amamantar.

A su vez, la construcción de género, de la omnipotencia de la mujer incidió en la conformación de la representación social de la lactancia como práctica sacrificante. Esto tiene relación con un proceso de autoconvencimiento de la figura materna como principal responsable del bienestar de los infantes, producto de la exigencia social hacia las madres, que les demanda simultáneamente ser una madre capaz de ofrecer plena dedicación en la crianza, a su vez, de ser una mujer autónoma, con empleo estable, competitiva y productiva (Fernández, 2014). El hecho de que la situación estructural no favorezca en absoluto ciertas pautas de crianza y amamantamiento, sobre todo cuando la madre tiene vida laboral, supone subordinar ciertos valores de cuidado y crianza a los valores de la eficacia productiva (Massó, 2015; Salazar, 1998) que les supone a las mujeres sacrificar diversos aspectos de su vida.

Finalmente, en la representación social de la lactancia materna como práctica transgresora y disidente, está presente en su configuración simbólica la connotación sexual del seno materno que corresponde con el resultado de otras investigaciones (Tabares et al., 2014; Escalona, 2016; Melgar, Villar, De Dios & Gallego, 2017; Sales et al., 2017) y la concepción de la lactancia materna como práctica de lo privado (Porter & Oliver, 2016; Jiménez & Turnbull, 2016; Melgar et al., 2017; Martínez-Plascencia et al., 2017). Por un lado, la connotación sexual del seno puede entenderse como producto del sistema patriarcal, que deposita en el cuerpo de las madres, la actividad sexual erótica adulta, como un deber ser de mujer (Massó, 2015) y por lo tanto, practicarla en el espacio público transgrete esta normativa. Por otro lado, las actividades de cuidado de los infantes, impuestas socialmente como responsabilidad exclusiva de las mujeres, históricamente han sido relegadas al espacio doméstico-privado (Alcalá, 2015), colocando a la lactancia materna como una práctica que disiente de este orden social, pero que además, disiente del sistema capitalista que rige las actividades laborales, al demandar de la mujer tiempo que puede ser utilizado para acrecentar su productividad laboral (Massó, 2013).

Es así que, la representación, decisión y significación de amamantar no se limita a una reflexión individual de las madres, sino de manera importante a los contextos en que esta práctica debe llevarse a cabo, saturada por imaginarios sociales del deber ser de mujer-madre y de lo que se considera correcto desde el colectivo (Martínez-Plascencia, Rangel-Flores y Rodríguez-Martínez, 2017), que la relegan al ámbito de lo privado y la excluyen como actividad social imperativa para el beneficio social, al no considerarla como parte de los procesos productivos tan valorados en las sociedades contemporáneas.

Si bien, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, es una condición social que aparece como un motivo de abandono precoz de la lactancia materna en diversas investigaciones a nivel mundial, este no el caso de las mujeres de este estudio, porque las particularidades de este grupo de mujeres las llevaron a conocer, apropiarse y tomar una posición con respecto a sus prácticas de amamantamiento, a partir de cómo significaron la práctica, de cómo se conciben ellas mismas y de cómo las conciben otros actores como mujeres y cómo madres. Las mujeres de esta investigación construyen representaciones sociales de la lactancia materna, a través de la comunicación que establecen con su familia, en el espacio laboral y en el espacio público, otorgándole múltiples significaciones según el ámbito en donde se desenvuelven.

CONCLUSIONES

Las dinámicas sociales de las madres con trabajo remunerado fuera del hogar, al interactuar en los distintos espacios construyen, deconstruyen y reconstruyen representaciones sociales de la lactancia materna a partir de la socialización y sus condiciones de vida, de su construcción del deber ser de mujer-madre, de la significación de su cuerpo, del espacio y de las experiencias diarias de vida. En el caso de la representación social de la lactancia materna, son los contenidos simbólicos y figurativos los que inciden en el tipo de prácticas que las madres deciden ejercer, y es su sentido de madre el que orienta la conformación de estos contenidos.

Las construcciones de género identificadas evidencian cómo el imaginario social del deber de mujer-madre, de la significación del cuerpo de mujer y la designación del espacio privado a las prácticas maternas, permea la dimensión simbólica de cada una de las representaciones encontradas. Este imaginario social, al situar a la mujer como única y exclusiva responsable de sus prácticas de lactancia, le genera conflictos en sus dinámicas diarias, porque socialmente no se proporcionan condiciones favorecedoras para poder ejercerla de manera positiva.

Finalmente, son las representaciones sociales construidas por estas mujeres las que establecen las prácticas de lactancia materna en sus dinámicas diarias. Por lo anterior, se considera imperativo seguir profundizando en el estudio de la lactancia desde una óptica social con perspectiva de género, que siga aportando conocimientos a través de los cuales se puedan proponer estrategias de promoción para la lactancia materna, que tengan un impacto en la vida cotidiana de estas mujeres.

LITERATURA CITADA

- Alcalá, I. (2015). Feminismo y maternidades en el siglo xxi. *Dilemata*, 7 (18), pp. 63-81.
- Andréu, J. (2006). Técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro Estudios Andaluces. Universidad de Granada España.
- Batthyány, K., Genta, N. & Perrotta, V. (2014). La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 4 (1), pp. 33-58. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262951839_La_dimension_de_genero_en_el_saber_experto_en_cuidado_infantil

- Becerra-Bulla, F., Rocha-Calderón, L., Fonseca-Silva, D. M. & Bermúdez-Gordillo, L. A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev. Fac. Med.* 63 (2), pp. 217-227. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona, España: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Castilla, M., (2005). La ausencia de amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, (22), pp. 188-218. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402209>
- Cerrato, J. & Palmonari, A. (Dir) (2007). *Representaciones sociales y psicología social. Comportamiento, globalización y posmodernidad*. Valencia: Promolibro.
- Cortés-Rúa, L. & Díaz-Grávalos, G. (2018). Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm Clin*, 29, pp. 207-215. doi <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>
- Creswell, J. (2009). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Recuperado de <https://vivauniversity.files.wordpress.com/2014/02/creswell-2008-research-design-qualitative-quantitative-and-mixed-methods-approaches.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2012). *Resultados Nacionales*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Escalona, G. (2016). Representaciones y prácticas socioculturales asociadas al destete precoz en un grupo de madres adolescentes venezolanas. *Perspectivas en nutrición humana*, 18 (2), pp. 171-186.
- Fernández, I. (2014). Feminismo y maternidad: ¿relación incómoda? Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en su experiencia de maternidad. España: Instituto Vasco de la Mujer.
- Flores, F. (2010). Representación social y género: una relación de sentido común. Teoría de las representaciones sociales y teorías de género. En Blazquez, N., Flores, F. y Ríos, M. (Coords.) (2010). *Investigación feminista*.

- Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 339-358). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf.
- Franco-Ramírez, Julieta A., Cabrera-Pivaral, Carlos E., Zárate-Guerrero, Gabriel, Franco-Chávez, S. A., Covarrubias-Bermúdez, M.A., & Zavala-González, M.A. (2018). Representaciones sociales de adolescentes mexicanas embarazadas sobre el puerperio, la lactancia y los cuidados del recién nacido. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 75(3), 153-159. <https://dx.doi.org/10.24875/bmhim.m18000014>
- Formighieri, R., Piccoli, D., Bezerra, I. & Bettega, C. (2018), Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero, *Ciência y Saúde Coletiva*, 23 (8), pp. 2731-2739. doi: 10.1590/1413-81232018238.14612016
- Gallegos-Martínez, J. & Reyes-Hernández, J. (2018). Representaciones maternas sobre salud y lactancia del hijo prematuro en hospitales con y sin certificación de Hospital Amigo del Niño y de la Madre. *Acta Pediatr Mex*, 39 (2), 99-108.
- González, T., Hernández-Cordero, S., Rivera-Dommarco J. & Hernández-Ávila M. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Publica de México*, 59 (1), p.p. 106-113, doi: <http://dx.doi.org/10.21149/8102>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2017). Directorio de instalaciones del IMSS. Recuperado de www.imss.gob.mx/directorio/
- Jiménez, D., & Turnbull, B. (2016). Mi paso por la lactancia materna: reto autoetnográfico a las bajas prevalencias nacionales. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16 (3), pp. 259-281. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53748488012>
- Jovchelovitch, S. (2008). Reflection of the diversity of knowledge. Power and dialogue in representation field. En Sugiman T., Gergen, K. J., Wagner, W. y Yamada, Y. (Eds). *Meaning in action. Constructions, narratives and representations*. Japón: Springer
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Llor, B., Abad, M.A., García, M. & Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Markova, I. (2008). The epistemological significance of the theory of social representation. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38 (4), pp. 461-487.

- Martínez-Plascencia, U., Rangel-Flores, Y. & Rodríguez-Martínez, M. (2017). ¿Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre las experiencias de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidianidades en madres y padres mexicanos. *Cad. Saúde Pública*, 33 (9), pp. 1-8. doi: 10.1590/0102-311X00109616
- Massó, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, 5 (11), pp. 169-206.
- Massó, E. (2015). Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. *Dilemata*, 7 (18), pp. 185-223.
- Melgar G., Villar M.C., De Dios M. & Gallego M.F. (2017). Ir contracorriente: investigación cualitativa en grupos de lactancia materna. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería*, 7 (2), pp. 21-31.
- Monk, H., Gilmour, C., & Hall, H. (2013). Supporting breastfeeding through workplace, early childhood centre and family relations: Educators' experiences. *Australasian Journal Of Early Childhood*, 38 (3), 118-126.
- OMS (2017). *Metas mundiales para 2025. Documento normativo sobre lactancia materna.* Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35 (1), 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana*, (22), pp. 35 – 67.
- Pérez, J., Miranda, M., Peinado, J. y Iribar, C. (2013). La lactancia en las mujeres trabajadoras. Sigue siendo necesaria promocionar la lactancia materna. *Medicina, salud y sociedad*, 4 (1), pp. 23-38.
- Pérez, M. & Moreno, A. (2017). Dando voz a las mujeres: representaciones sociales y experiencias sobre lactancia. *Mujeres y liderazgo*, (22), 107-117. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.7>
- Porter, J. & Oliver, R. (2016). Rethinking lactation space: working mothers, working bodies, and the politics of inclusion. *Space and Culture*, 19 (1), 80-93. doi: 10.1177/1206331215596488
- Salazar, G. (1998). Significados de la maternidad en obreras de la maquila: un estudio exploratorio en Nogales, Sonora. Tesis de maestría de El Colegio de Sonora.
- Sales, C., Castanha, A. & Aléssio, R. (2017). Aleitamento materno: representações sociais de mães em um Distrito Sanitário da cidade mdo

- Recife. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69, (1), 184-199. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229053872014>
- Secretaría de Salud (SS) (2016). *Estrategia nacional de lactancia materna 2014-2016*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/estrategia-nacional-de-lactancia-materna-2014-2018>
- Smith, J. P., McIntyre, E., Craig, L., Javanparast, S., Strazdins, L., & Mortensen, K. (2013). Workplace support, breastfeeding and health. *Family Matters*, (93), pp. 58-73.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002), *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tabares, L., Gallego, S. & Peláez, N. (2014). Representaciones sociales de adolescentes del municipio de Pereira frente a la práctica de lactancia materna. *Revista cultural del cuidado*, 11 (1), pp. 8-18. Recuperado de <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/218>
- Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. & Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387, pp. 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Weisz, C.B., (2017). La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. *Rev. CES Psicol.*, 10 (1), pp. 99-108. doi: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.1.7>

SÍNTESIS CURRICULAR

María de los Ángeles Ramírez Uribe

Maestra en Trabajo Social con acentuación en Estudios de Género por la Universidad Autónoma de Sinaloa y Maestra en Comunicación por la Universidad Autónoma de Baja California. Profesora de asignatura de la Facultad de Trabajo Social Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Imparte materias relacionadas a las teorías sociales. Líneas de investigación: género y salud, maternidad, cuidados, trabajo reproductivo. Contacto: marielosru@gmail.com

Rosario Edith Ortiz Félix

Doctora en Ciencias en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor e investigador de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Actualmente Candidato del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), Investigador Honorífico del SSTI y líder del grupo de investigación Conductas de Riesgo para Enfermedades Crónico Degenerativas. Ha publicado artículos en diferentes revistas arbitradas y JCR, mismos que se enfocan en el bienestar del binomio madre-hijo desde diversas perspectivas. Además es profesor y director de tesis de estudiantes de dos programas de posgrado reconocidos por PNPC. Contacto: edithof51@hotmail.com

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO CARDIOVASCULAR SOBRE LOS AFECTOS EN ADULTOS MAYORES: ENSAYO CLÍNICO

EFFECT OF CARDIOVASCULAR EXERCISE PROGRAM ON AFFECTS IN OLDER ADULTS: CLINICAL TRIAL

Erick Landeros-Olvera^{1*}; Joaquín Gil-Benitez²; Claudia Sosa-Rodríguez³; Rosa María Galicia-Aguilar⁴ y Natalia Ramírez-Girón⁵

Resumen

En México existe una transición epidemiológica donde la población de adultos mayores aumenta de manera exponencial a la vez que aumentan las enfermedades no transmisibles y otras situaciones de salud importantes como depresión, baja autoestima, soledad y desesperanza. Frente a este panorama, los programas de salud promueven acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfatizando en la realización de ejercicio como una estrategia básica para prevenir enfermedades crónicas. Se planteó la pregunta: ¿Cuál es el efecto de un programa de ejercicios controlado, gradual, progresivo y de bajo impacto cardiovascular en un grupo de adultos mayores sobre los afectos positivos y negativos? Ensayo clínico aleatorizado y controlado con

intervención simple ciego en dos grupos equivalentes (experimental y control), bajo un modelo de mediciones repetidas. La muestra estuvo compuesta por 45 sujetos. Se seleccionaron adultos mayores de 60 a 70 años, de ambos sexos, sin riesgo cardiaco; se excluyeron aquellos con patologías que pudieran causar limitaciones en la funcionalidad músculo esquelético o cardiopulmonar. La intervención consistió en la realización de ejercicio de forma gradual y progresiva, con una frecuencia de 3 veces por semana durante 10 semanas. El instrumento utilizado para evaluar los afectos positivos y negativos fue el PANAS. Ingresaron al grupo control 22 adultos mayores (edad 66.6 ± 6.14) y al grupo experimental 23 adultos mayores (edad 67.0 ± 7.19); completaron el programa 38 adultos mayores. En ambos grupos

^{1*} Doctor en Ciencias de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla. Correo: dr.erick.landeross@gmail.com.

² Maestro en Enfermería. Hospital de la Sociedad Española de Beneficencia de Puebla, Puebla.

³ Maestra en Enfermería. Hospital Ángeles de Puebla, Puebla.

⁴ Maestra en Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

⁵ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey.

predominaron las mujeres (66.7%), el nivel socioeconómico medio (73.3%) y escolaridad básica (44.6%). No existió diferencia estadísticamente significativa entre los grupos antes de la intervención, en contraste, después de la intervención de ejercicio existió diferencia significativa de ambos grupos, observando un incremento en los afectos positivos y disminución de afectos negativos en el grupo experimental y un comportamiento inversamente proporcional en el grupo control. El programa de ejercicio de bajo impacto de intensidad gradual y progresiva de 10 semanas y 3 sesiones por semana, probó ser efectivo para aumentar los afectos positivos y disminuir los efectos negativos en el grupo experimental de adultos mayores.

Palabras clave: ensayo clínico, ejercicio, emociones, afectos, adulto mayor.

Abstract

In Mexico there is an epidemiological transition where the population of older adults increases exponentially while increasing noncommunicable diseases and other important health situations such as depression, low self-esteem, loneliness, and hopelessness. Against this background, health programs promote health promotion and disease prevention actions, emphasizing the performance of exercise as a basic strategy to prevent chronic diseases. The question was raised: What is the effect of a controlled, gradual, progressive, and low-cardiovascular exercise program in a group of older adults on positive and negative affects? Randomized and Controlled

Clinical Trial with simple blind intervention in two equivalent groups (experimental and control), under a repeated measurement model. The sample was composed of 45 subjects. Older Adults from 60 to 70 years old, of both sexes, without cardiac risk were selected; older adults were excluded with pathologies that could cause limitations in skeletal or cardiopulmonary muscle functionality. The intervention consisted of performing exercise gradually and progressively, with a frequency of 3 times per week for 10 weeks. The instrument used to evaluate positive and negative affects was PANAS. 22 older adults were admitted in control group (age 66.6 ± 6.14) and 23 older adults in experimental group (age 67.0 ± 7.19); 38 older adults completed the program. In both groups predominated women (66.7%), the medium socioeconomic level (73.3%) and basic schooling (44.6%). There was no statistically significant difference between the groups before the intervention, in contrast, after the exercise intervention there was a significant difference of both groups, observing an increase in the positive effects and a decrease in negative effects in the experimental group and an inversely proportional behavior in the control group. The program of low impact exercise with gradual and progressive intensity of 10 weeks and 3 sessions per week, proved to be effective in increasing positive effects and decreasing negative effects in the experimental group of older adults.

Key words: clinical trial, exercise, emotions, affects, aged.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico acelerado es una situación alarmante a nivel mundial debido a las complicaciones sociales, económicas, tecnológicas y en salud que esto conlleva. En América Latina, habrá 100 millones de adultos

mayores (AM) para el año 2025, cifra que se duplicará para el año 2050 (Organización Panamericana de la Salud, 2015). En México, la situación no es diferente, existe una marcada transición poblacional y epidemiológica donde la población registrada de AM en el año 2010 pasó del 6.2% al 7.2% en el año 2015, y con ello el aumento de enfermedades no transmisibles como el cáncer, diabetes y cardiovasculares, las cuales generan una alta carga de mortalidad y un ascenso importante del gasto público nacional (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Frente a esta situación, el Sistema Nacional de Salud se ha puesto en alerta y ha aumentado sus esfuerzos para prevenir y atender las principales causas de morbilidad de los AM (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2012).

Dentro de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la realización de ejercicio es una estrategia básica, dado que sus beneficios han sido probados en AM de forma extensa; diversos autores indican que mejora el funcionamiento cardíaco y la tensión arterial (Hernández y Ramírez, 2014, 5; Wehmeyer, Loots, Nortjé & Lategan, 2014); disminuye el riesgo de sufrir caídas (Reche-Orenes & Carrasco, 2016, 1; López & Arango, 2015), y mejora el dolor secundario a los procesos degenerativos óseo-articulares (Cardona, Granada, Tapasco & Tonguino-Rosero, 2016).

Parece suficientemente documentado estos beneficios, no obstante, existen otras situaciones de salud importantes, pero menos atendidas como la depresión, la baja autoestima, la soledad y la desesperanza en los AM, en quienes se ha demostrado la importancia de la práctica de ejercicio físico para tener mejores resultados en salud mental. Es aquí donde cobra importancia el uso de la teoría para fundamentar intervenciones en salud, por ejemplo, el modelo estructural de Watson, Clark y Tellegen (Watson, Clark & Tellegen, 1988), que describe el modo en que los individuos se adaptan al medio por su propio afecto o sentimientos. En este modelo, los afectos o sentimientos se presentan en dos grandes dimensiones independientes entre sí, denominadas afectos positivos (AP) y afectos negativos (AN). Los AP reflejan sentimientos de interés, ánimo, entusiasmo, energía, inspiración, disposición, orgullo y participación gratificante de una persona. Los AN representan una dimensión general de distrés subjetivo y engloban un amplio rango de estados de ánimo o sentimientos negativos incluyendo tensión, disgusto, ira, culpa, susto, enojo, vergüenza, irritación, intranquilidad, temor y nerviosismo.

Teóricamente, los AP y los AN pueden aumentar y disminuir respectivamente ante los estímulos del medio ambiente, este proceso de adaptación puede ser favorecido por un estímulo, como lo es el ejercicio. Sin embargo, en los adultos mayores el nivel de actividad física desciende como consecuencia de los cambios físicos que se presentan, se ha calculado que el 14.4% de los adultos no practica ejercicio de forma regular (Instituto Nacional de

Salud Pública, 2016), además en los programas de la Secretaría de Salud en México, no se cuenta con un plan establecido para iniciar un programa de ejercicios que les ayude a mejorar sus afectos como parte de estrategias para mejorar su salud mental (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2012).

La evidencia revela cambios en los AP de adultos mayores que realizan ejercicio, donde se incrementan los sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo y beneficios psicológicos (Carbonell, de la Caridad, Riquelme Marín, & Pérez Díaz, 2015; del Carme Nolla, Queral, & Miró, 2014; Silva & Mayán, 2016; Vera-Villarroel & Celis-Atenas, 2014). Sin embargo, la limitación en el diseño de estos trabajos no permite mostrar resultados más contundentes desde el punto de vista experimental, dado que no se ha establecido una dosis controlada de ejercicio gradual y progresiva para valorar el efecto estadístico sobre los AP y los AN.

Para obtener la evidencia se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de un programa de ejercicios controlado, gradual, progresivo y de bajo impacto cardiovascular en un grupo de adultos mayores sobre los afectos positivos y negativos?

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Ensayo clínico aleatorizado y controlado (Cobos-Carbo & Augustovsk, 2011), con intervención simple ciego en dos grupos equivalentes (experimental y control), bajo un modelo de mediciones repetidas. Se incluyeron AM de 60 a 70 años, de ambos sexos, sin riesgo cardiaco y que aprobaran las valoraciones de actividades básicas de la vida diaria (Katz & Stroud 1989) y de marcha y equilibrio (Tinetti, Baker, King, 2008); ambas indican el nivel de funcionalidad del AM. Se excluyeron AM con patologías que pudieran causar limitaciones en la funcionalidad músculo esquelética o cardiopulmonar (desnutrición, lesiones, artritis, sarcopenia, insuficiencia venosa, insuficiencia cardíaca, arritmias, soplos). El muestreo fue probabilístico por técnica de bloques, el tamaño de la muestra fue calculado mediante un programa estadístico con una potencia de prueba de .80, tamaño de efecto .30 y nivel de significancia de .05, el tamaño de muestra resultó en 16 sujetos por grupo. Para amortiguar el efecto de atrición la n calculada por grupo fue de al menos 20 sujetos.

El instrumento utilizado para evaluar los AP y los AN fue el PANAS de Watson, Clark y Tellegen (Watson, Clark, Tellegen, 1988) en su versión corta al

castellano, que consta de dos apartados de veinte reactivos cada uno: diez de los cuales miden los AP y diez los AN. El formato de respuesta corresponde a una escala tipo Likert siendo 1= Muy poco o nada, 2= Algo, 3=Moderadamente, 4= Bastante y 5= Extremadamente, con valor mínimo de 20 puntos y valor máximo de 100. Ha sido utilizado en población mexicana, con coeficientes de confiabilidad de .90 y .85 (Robles & Páez, 2003).

Procedimientos. Para el reclutamiento se repartieron folletos, trípticos y se colocaron lonas en las zonas colindantes al campus universitario de mayor afluencia de los AM como parques y mercados, donde se indicaron las fechas y horarios de atención para realizar las pruebas del primer filtro que correspondieron a las pruebas de funcionalidad. Se continuó con el segundo filtro correspondiente a las valoraciones cardiovasculares que incluyeron registros de composición corporal, electrocardiograma y descarte de signos de alarma cardiacos; este proceso se desarrolló bajo la supervisión de médico certificado. Los AM que cumplieron los criterios de selección y superaron los filtros, se les asignó un número para la aleatorización por bloques para ser asignados a los grupos experimental y control, se les realizó todo el proceso y firma del consentimiento informado y se les aplicó el instrumento PANAS (Watson, Clark, Tellegen, 1988). Las pruebas de funcionalidad y exploración cardiaca fueron realizadas en un espacio tranquilo y cómodo en el área de laboratorio clínico de una Facultad de Salud en Puebla.

Programa de ejercicio. Cada una de las sesiones de ejercicio, se realizó en tres partes: en la primera, se registraron los signos vitales, se hidrataron de acuerdo a la fórmula de 4 ml de agua por kilogramo de peso e iniciaron los ejercicios de calentamiento en dirección cefalocaudal (American College of Sport Medicine [ACSM], 2017). La segunda parte, los AM realizaron ejercicio de forma gradual y progresiva, iniciaron la primera semana con 10 minutos y concluyeron en la semana nueve y 10 con 40 minutos de ejercicio sobre una caminadora, con una frecuencia de tres veces por semana durante diez semanas. El esfuerzo fue calculado gradualmente de 20% a 50% de la frecuencia cardiaca de reserva (FCR), de acuerdo a los lineamientos de la ACSM (2017) y controlado con la velocidad e inclinación de la caminadora. Adicionalmente, los AM identificaron la percepción del esfuerzo físico con la Escala de Borg (1998), como un referente clínico al control de signos vitales y auscultación cardiaca mientras estaban sobre la caminadora. En la tercera parte, se realizaron ejercicios de estiramiento y respiración para asegurar que los signos vitales se re-establecieran a parámetros normales, nuevamente fueron hidratados para concluir con la sesión. Los detalles de la dosificación de ejercicio se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Dosificación de ejercicio aeróbico en AM

Semana	Escala de Borg	LPM	ME	FCR	MPH	ICam
Semana 1	6 muy, muy ligero	80-90	10 minutos	20%	0.4 mph	0%
Semana 2	6 muy, muy ligero	90-98	15 minutos	25%	0.6 mph	0%
Semana 3	6-7 muy ligero	98-110	20 minutos	30%	0.8 mph	2%
Semana 4	7 muy ligero	110-119	25 minutos	35%	1.0 mph	2%
Semana 5	7-8 muy ligero	119-129	30 minutos	40%	1.2 mph	2%
Semana 6	8 muy ligero	129-136	30 minutos	45%	1.6 mph	3%
Semana 7	8-9 muy ligero	136-142	35 minutos	50%	1.8 mph	3%
Semana 8	9 muy ligero	136-142	35 minutos	50%	2.0 mph	4%
Semana 9	10-11 ligero	136-142	40 minutos	50%	2.2 mph	4%
Semana 10	11-12 regular	136-142	40 minutos	50%	2.4 mph	5%

Nota: LPM. Latidos por minuto, ME. Minutos de ejercicio, MPH. Millas por hora, FCR. Frecuencia cardiaca de reserva, ICam. Inclinación de la Caminadora.

Fuente: Elaboración propia.

Análisis Estadístico. Se determinó la curva de distribución normal de la variable dependiente con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov ($p > .05$), por lo tanto, se utilizó un análisis de varianza de mediciones repetidas (ANOVA MR) para la comparación por grupo en tres momentos (basal, semana 5 y semana 10), y las comparaciones entre grupos con la t Student bajo un modelo estadístico test, re-test (Figura 1).

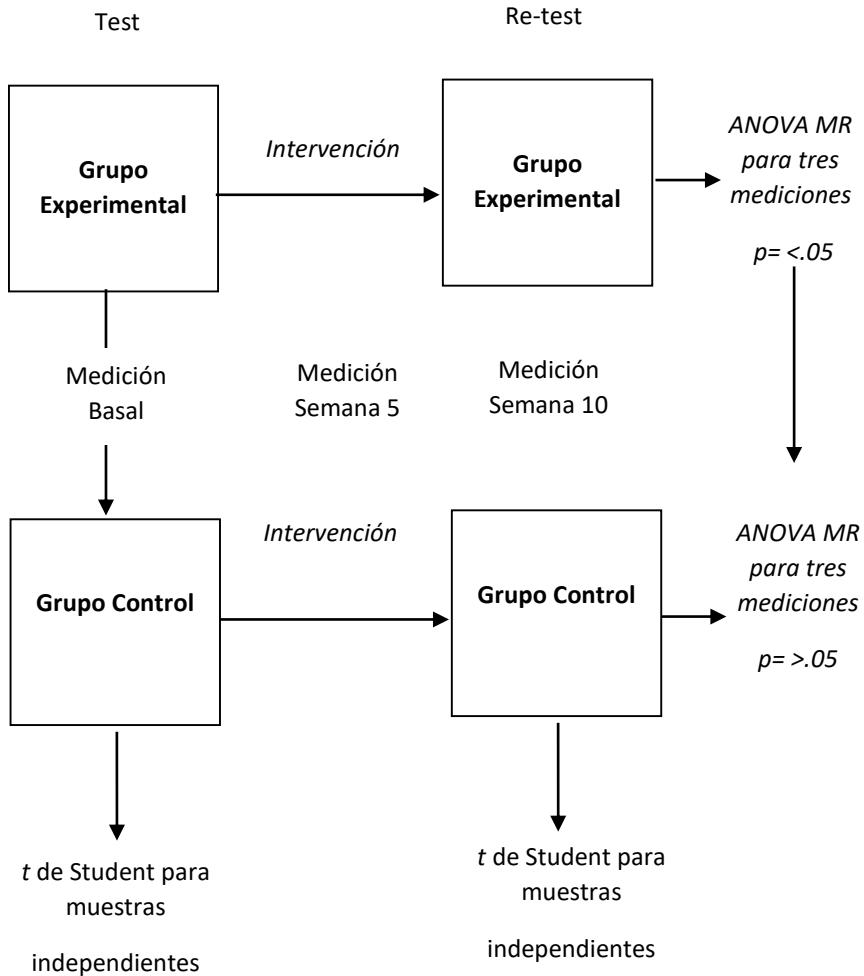


Figura 1. Representación esquemática del plan de análisis estadístico.

Nota: Esquema de mediciones.

Fuente: Elaboración propia.

Ética del Estudio. Esta investigación se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2014). Se contó con el consentimiento informado por escrito, se comunicó el objetivo del estudio, la descripción de los procedimientos, beneficios y riesgos; guardando la

confidencialidad, privacidad y anonimato. Este trabajo fue avalado por el Comité de Investigación y Estudios de Posgrado de una institución educativa del Estado de Puebla, con el número de registro SIEP/ME/056/2016.

RESULTADOS

Ingresaron 45 sujetos, superando el cálculo de muestra inicial; para el grupo control 22 AM (edad 66.6 ± 6.14) y para el grupo experimental 23 AM (edad 67.0 ± 7.19); completaron el programa 38 AM. La progresión del diseño se muestra en la Figura 2.

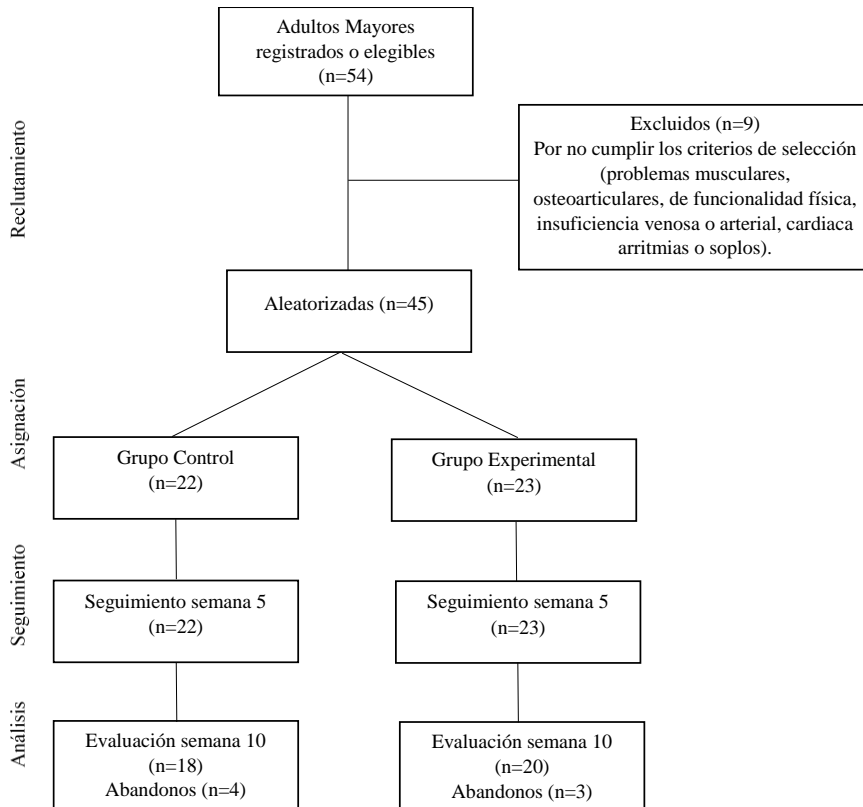


Figura 2. Progresión del diseño.

Fuente: Elaboración propia.

Las características sociodemográficas fueron equivalentes para los dos grupos, requisito indispensable en un ensayo clínico para realizar las contrastaciones estadísticas. En ambos grupos predominaron las mujeres (66.7%), el nivel socioeconómico medio (73.3%) y escolaridad básica (primaria y secundaria, 44.6%); ninguno de los participantes realizaba ejercicio regular al ser seleccionado, la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica predominante (40%). El 37.7% de los AM mencionaron ser solteros.

Para realizar la contrastación entre grupos a través del modelo test, re-test, se corrieron dos estadísticos t de Student para muestras no relacionadas, cumpliendo a priori los supuestos de normalidad ($KS = .73$, $p = .587$) y homocedasticidad de la varianza a través de la prueba de Levene ($p > .05$). Los hallazgos indicaron que, en el test, no existió diferencia estadísticamente significativa entre los grupos antes de la intervención. En contraste, después de la intervención de ejercicio por diez semanas, existe una diferencia en los promedios y desviaciones estándar en el re-test entre ambos grupos de AM. Se observa un incremento en los AP y disminución de AN en el grupo experimental y un comportamiento inversamente proporcional en el grupo control. Los datos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Prueba t de Student para contrastación de promedios de grupos no relacionados

	Afectos Positivos		Afectos Negativos	
	GC ($n=22$)	GE ($n=23$)	GC ($n=22$)	GE ($n=23$)
Test	50.4±15.3	59.6±20.0	26.2±14.8	21.4±15.9
	$t = 1.72$, $IC = -1.54/19.98$, $p = .091$		$t = -1.50$, $IC = -14.13/4.45$, $p = .300$	
Re-test	44.2±10.3	76.1±13.7	31.8±9.4	15.6±12.6
	$t = 8.80$, $IC = 24.6/39.32$, $p = .001$		$t = -4.83$, $IC = -22.9/-9.4$, $p = .001$	

Nota: Los promedios aritméticos son presentados con \pm desviación estándar GC= Grupo Control, GE= Grupo Experimental. IC= Intervalos de Confianza al 95%, gl=grados de libertad (43).

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al estadístico ANOVA de mediciones repetidas, en la Tabla 3, se muestran los valores de las comparaciones múltiples entre las tres mediciones del grupo experimental (Prueba Post Hoc/Tukey) a razón de que fue solo este grupo

quien mostró diferencias significativas. En el grupo control no se observa significancia estadística (los datos no se muestran).

En la sección de los AP durante el seguimiento se observaron cambios de la medición uno en comparación con las mediciones dos y tres ($p < .05$). Sin embargo, los valores de la segunda medición en comparación con la tercera, no hay diferencia, se puede observar gráficamente de acuerdo al diagrama de cajas representado en la Figura 3 (los promedios aritméticos se traslapan). Se observa la misma situación en la sección de los AN, los promedios aritméticos de la primera medición se traslapan con la tercera medición, y el promedio de la medición dos con la medición tres.

Tabla 3. Prueba Post hoc- Tukey para comparación de afectos del grupo experimental

Afectos	(I) Medición	(J) Mediciones	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	IC 95%	
						Lím inf	Lim sup
Positivos	1	2	-11.63	3.02	.003	-19.4	-3.79
		3	-16.52	3.88	.001	26.5	-6.44
Negativos	1	2	9.02	2.88	.015	1.53	16.5
		3	5.76	4.00	.494	-462	16.1

Nota: Grupo control $n = 23$. Medición 1 (basal), Medición 2 (semana cinco), Medición 3 (semana diez).

Fuente: Elaboración propia.

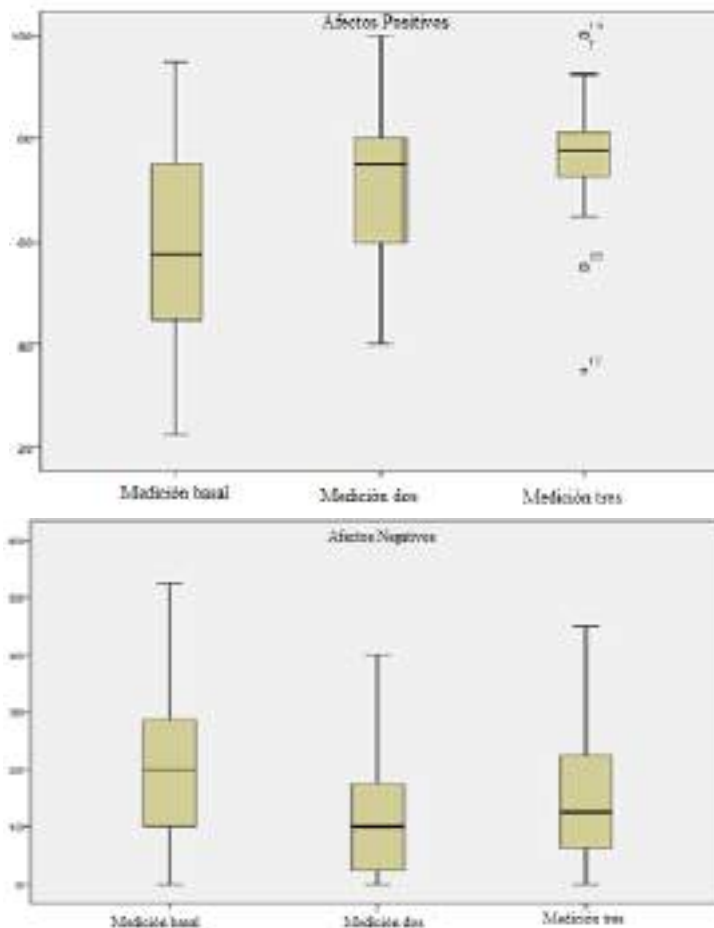


Figura 3. Gráfico de cajas de los Sentimientos Positivos y Negativos en el Grupo Experimental.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

En este trabajo se buscó responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es efecto de un programa de ejercicios controlado, gradual, progresivo y de bajo impacto cardiovascular en un grupo de adultos mayores sobre sus afectos positivos y afectos negativos? Para realizar la intervención de ejercicio se cumplieron los lineamientos de un ensayo clínico aleatorizado: dos grupos

equivalentes en variables sociodemográficas y cognitivas, con intervención paralela y cegada.

Se examinó a dos grupos de AM cuyas características personales fueron equivalentes en edad, estado civil y nivel socio económico, la mayoría de los participantes en ambos grupos fueron mujeres, como lo reportó Silva y Mayan (2016) y Rodríguez –Berzal y Aguado-Jódar (2015), contrario con la población de los autores Wehmeyer et al. (2014) y Guillén y Angulo (2016). Coincidiendo con la edad de los AM entre 60 y 70 años como lo estudiaron Cardona et al. (2016) y López y Arango (2015), contrario con los autores Hernández y Ramírez (2014) y Pahor et al. (2014) donde la población de AM sobrepasó la media de edad de 70 años.

La gran mayoría de AM presentó hipertensión arterial controlada; sin embargo, no presentaron complicaciones dado que la dosis de ejercicio fue gradual y progresiva sin representar esfuerzo físico que sobrepasara su capacidad aeróbica. Datos similares reportaron Wehmeyer et al. (2014), donde se incluyeron AM con diabetes tipo 2 en su programa de ejercicios y no presentaron complicaciones. Al contrario, Silva y Mayan (2016) y Rodríguez-Berzal y Aguado-Jódar (2015), donde todos sus participantes estuvieron libres de enfermedades crónicas. Los padecimientos crónicos degenerativos en los AM de esta investigación coincidieron con los datos epidemiológicos de la ENSANUT (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016) y los indicadores de INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2015).

Sobre la intervención, las actividades de ejercicio fueron durante las mañanas debido a la disponibilidad de tiempo de los AM, dado que la mayoría desempeñaba actividades laborales en la tarde. Debido a esto, el porcentaje de asistencia superó el 80% de las sesiones, dato similar a lo encontrado por López y Arango (2015) y contrario a la asistencia reportada por Hernández y Ramírez (2014) siendo menor de 70%. Se concluyó que el mejor horario para la adherencia al ejercicio en los AM es en la mañana desde las 8 am hasta las 12 pm.

Los principales efectos de la dosis de ejercicio fueron: a) aumento de los AP y disminución de los AN durante el programa de ejercicios de 10 semanas en el grupo experimental, y b) los cambios en el grupo control, no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la contrastación entre grupos, los promedios aritméticos de la variable afectos positivos y negativos de ambos grupos en el test fueron diferentes desde el punto de vista descriptivo; sin embargo, desde el punto de vista inferencial la prueba *t* de Student no fue significativa, situación que representó equivalencia entre los grupos, considerado como uno de los requisitos principales del diseño clínico para realizar contrastaciones estadísticas. Cabe destacar que los

cambios en los promedios fueron notables para ambos grupos en la dirección esperada; por una parte, los AP aumentan en el grupo experimental, mientras que los AN disminuyen; en contraste, el comportamiento de los AP y AN es inversa en el grupo control.

Considerando el modelo de mediciones repetidas por grupo, tuvieron un comportamiento similar a la comparación test, re-test entre grupos. Dado que este modelo solo compara entre los mismos sujetos de estudio de un grupo, no se presentaron los resultados del grupo control a razón de no haber presentados cambios descriptivos y estadísticos significativos. Por lo tanto, para el grupo experimental, los AP (motivado, emocionado, firme, entusiasmado, inspirado, decidido y activo) tuvieron un aumento paulatino a la mitad del tiempo de la intervención, y conservó la tendencia ascendente después de terminado el programa de ejercicios. Del mismo modo, la disminución en los AN (molesto, culpable, temeroso, agresivo, irritable, avergonzado, nervioso, inquieto e inseguro), se percibieron desde la semana 5 de la intervención con la dosis de ejercicio expuesta y se mantuvieron disminuidos hasta finalizar el programa, con una diferencia estadísticamente significativa. Esta situación hace pensar que la dosis de ejercicio establecida es suficiente solo con la mitad del tiempo que se programó de acuerdo con los resultados que se observaron en el modelo de mediciones repetidas; no obstante, los cambios para el grupo control no fueron relevantes.

Investigadores como Angeles et al. (2016), necesitaron 12 semanas de ejercicio con pilates para disminuir los AN en el grupo experimental. Los hallazgos pueden ser explicados por la misma práctica de ejercicio de forma regular y constante, ya que la literatura argumenta que favorece la forma en que las personas regulan los aspectos emocionales, modulan el sistema nervioso autónomo, favorece el aumento de los neurotransmisores como la norepinefrina, la serotonina y la dopamina, los cuales se relacionan con la mejora del estado de ánimo por la estimulación de la glándula pituitaria para la producción de endorfinas, producen una sensación de bienestar y a la vez tiene un efecto euforizante gracias a estas “hormonas de la felicidad” (Marcos, Orquín, Belando & Moreno, 2014; Silva & Mayán, 2016; Angeles et al., 2016).

Recomendaciones y Sugerencias: Para poder obtener validez externa de este trabajo de investigación, se recomienda ampliar la muestra con personas que sufran padecimientos crónico-degenerativos y medir variables tales como glucosa, tensión arterial y composición corporal para poder probar si con esta dosis de ejercicio pueden mejorar también otras variables de respuesta fisiológica y analizar otras variables cognitivas.

Limitaciones: No contar con más facilitadores para abrir sesiones vespertinas y probar si hay diferencia entre diversos horarios, ya que la literatura

refleja que en el horario matutino la adherencia de los AM a la dosis de ejercicio es mucho mejor.

A pesar de considerar la validez interna como óptima, debido a que en el laboratorio de ejercicio se controlaron variables que pudieron haber actuado como confusoras o mediadoras, tales como la temperatura, clima, medio ambiente, privacidad y música, además de adecuar el horario con los participantes; no se contó con la suficiente validez externa y lo que sucede en un medio ambiente como un parque o un deportivo donde existen los espacios al aire libre para realizar ejercicio, se desconoce cómo afecta la dosis de ejercicio planteada en los AM sobre los afectos. A pesar de ello y la restricción de los grados de libertad, los resultados se consideran confiables, aunque solo se puede probar el efecto de ejercicio en esta muestra de AM en específico, dado que fue calculada y otorga mayor certidumbre de los hallazgos; considerando que el diseño experimental da un mayor sustento a las intervenciones de salud que se realizan, la evidencia es más sólida y con el protocolo apegado a los procedimientos, puede ser replicado en otros contextos.

El programa de ejercicio de bajo impacto de intensidad gradual y progresiva con una duración de 10 semanas y 3 sesiones por semana, probó ser efectivo para aumentar los AP y disminuir los AN en el grupo experimental de adultos mayores.

LITERATURA CITADA

- American College of Sport Medicine (2017). Guidelines for exercise testing and prescription. (10a. ed.) Philadelphia, EE.UU.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Angeles, M. A. V., Jiménez, J. M., Sánchez, J. J. G., & Juan, F. R. (2016). El efecto de un programa de ejercicios basado en Pilates sobre el estado de ánimo en adultos mayores Mexicanos. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (30), 106-109.
- Borg, G. (1998). Borg Rating of Perceived Exertion (RPE) Scale. © Gunnar Borg, 1970, 1985, 1994, 1998.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (2014). Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 04-06-2014. Mexico D.F, Mexico. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf

- Carbonell, M., de la Caridad, M., Riquelme Marín, A., & Pérez Díaz, R. (2015). Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos.
- Cardona, N., Granada, J., Tapasco, M. y Tonguino-Rosero, S., (2016). Efecto de un programa de ejercicios respiratorios y aeróbicos en medio acuático versus terrestre para adultos mayores. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 48(4). 512-525
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades CENAPRECE (2012). Programa de acción específico: atención del envejecimiento 2013-2018: Secretaría de Salud. Obtenido de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
- Cobos-Carbo, A., Augustovsk, F. (2011). Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(5):213–215
- del Carme Nolla, M., Queral, R., & Miró, J. (2014). Las escalas PANAS de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 15-21.
- Guillén, F. y Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1). 113-122.
- Hernández, O y Ramírez, F., (2014). Programa de ejercicio estructurado es viable y mejora la capacidad funcional en adultos mayores en Puerto Rico. *Rev Ciencias del Ejercicio y Salud*, 12(2). 1-15.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). Proyecciones de la población de México 2010-2050. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo249&s=est&c=339>
- Instituto Nacional de Salud Pública INSP (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino. 2016. ENSANUT, 1. (C. O. Abúndez, Ed.) Cuernavaca, Morelos, Mexico. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Katz, S., Stroud, M. W. (1989). Functional assessment in geriatrics. A review of progress and directions. *Journal of American Geriatric Society*, 09 (37), 267-271.

- López. J.C y Arango. E. F, (2015). Efectos del entrenamiento en superficies inestables sobre el equilibrio y funcionalidad en adultos mayores. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 33 (1):31-39.
- Marcos, P., Orquín, F., Belando, N y Moreno, J. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14 (3). 149-156.
- Organización Panamericana de la Salud. [OPS], (2015).Adulto Mayores en América Latina: *La cantidad de personas adultas mayores de 60 años y más se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
- Pahor, M., Guralnik, J., Ambrosius, W., Blair, S., Bonds, D., Church, T., Espeland, M., Fielding, R., Gill, T., Groessl, E., King, A., Kritchevsky, S., Williamson, J. LIFE Study Investigators. (2014). Effect of Structured Physical Activity on Prevention of Major Mobility Disability in Older Adults. *JAMA*. 311(23). 2387-2396.
- Reche-Orenes, D., & Carrasco, M.. (2016). Aportaciones sobre la eficacia del método Pilates en la fuerza, el equilibrio y el riesgo de caídas de personas mayores. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 9(2), 85-90. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ramd.2015.09.001>
- Rodríguez-Berzal, E y Aguado-Jódar, X. (2015). Efectos del entrenamiento de la fuerza funcional en personal mayores. *Apunts*,10(09). 64-71
- Robles R y Páez F, (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto negativo y positivo (PANAS). *Salud mental*, 26(1). 69-74.
- Silva, P. y Mayán, J., (2016). Beneficios psicológicos de un programa proactivo de ejercicio físico para personas mayores. *Escritos de Psicología Universidad de Málaga, España*, 9(1). 24-32.
- Tinetti ME, Baker D, King M. (2008). Effect of Dissemination of Evidence in Reducing Injuries from Falls. *The New England Journal Medicine*. 359:252-61.
- Vera-Villarroel. P y Celis-Atenas. K, (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo-salud: Evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*,13(3). 15-33.

- Watson D, Clark LA, Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANNAS scales. *J Personality Social Psychology*, 54:1063-1070
- Wehmeyer, C., Loots, J.M., Nortjé, L. & Lategan, L, (2014). The effects of supervised exercise training and self -directed active daily living on fitness and health parameters in nderly males with type II diabetes. *African journal for physical, Health education, recreation and dance (APJHERD)*, 20 (4:1). 1424-1435.

SÍNTESIS CURRICULAR

Erick Landeros Olvera

Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma Metropolitana, Especialista en Enfermería Cardiovascular de la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestro en Ciencias de Enfermería y Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor Investigador Tiempo Completo Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. E-mail: dr.erick.landeros@gmail.com

Joaquín Gil Benítez

Licenciado en Enfermería y Maestro en Enfermería por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Jefe de enseñanza y subjefe de Enfermería en el Hospital de la Sociedad Española de Beneficencia de Puebla. E-mail: joaquinGilbenitez@gmail.com

Claudia Sosa Rodríguez

Licenciada en Enfermería y Maestra en Enfermería por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Enfermera en Hospital Ángeles de Puebla. E-mail: clau_sosa@live.com.mx

Rosa María Galicia Aguilar

Licenciada en Enfermería y Maestra en Enfermería por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, profesora investigadora tiempo completo Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. E-mail: galicia_aguilar@hotmail.com

Natalia Ramírez Girón

Licenciada en Enfermería por la Universidad del Quindío, Maestra en Enfermería por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Primaria en salud, GIAPS, Universidad del Quindío, Colombia. Profesora investigadora tiempo completo en Universidad de las Américas Puebla, UDLAP E-mail: natalia.ramirez.giron@gmail.com

CONDUCTA ANTICONCEPTIVA DESDE UNA MIRADA DEL MODELO ECOLÓGICO

CONTRACEPTIVE BEHAVIOR FROM A LOOK OF THE ECOLOGICAL MODEL

Lucía **Caudillo-Ortega**¹; Víctor Manuel **Frausto-Ramos**² y María Luisa **Flores-Arias**³

Resumen

Los embarazos no planeados son un problema de salud reproductiva principalmente en países en desarrollo. El uso de métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida (conducta anticonceptiva), es un factor clave para mejorar la salud principalmente de mujeres y niños, dado que reducirían significativamente las mortalidad materna e infantil, los abortos en condiciones en riesgo y los problemas de salud en niños menores de cinco años. Existen muchos factores que se asocian a una conducta anticonceptiva de riesgo, sin embargo, gran parte de la literatura sobre anticoncepción se ha centrado en las características demográficas, cognitivas o conductuales de las mujeres en riesgo. El fenómeno de la anticoncepción es

muy complejo, por lo que es necesario e importante considerar aspectos sobre los factores ambientales y sociales que influyen en las elecciones individuales de la anticoncepción. Por lo tanto, es necesario analizar la anticoncepción desde una perspectiva más amplia que permita integrar aspectos sociales y culturales. El propósito de este estudio es describir los factores que influyen en la conducta anticonceptiva desde el modelo ecológico. La perspectiva ecológica ha resultado útil para ampliar la comprensión de una serie de problemas sociales y de salud complejos, como lo es la conducta anticonceptiva, dado que integra estructuras sociales que influyen directa o indirectamente en el uso o no uso de los métodos anticonceptivos.

¹ Profesora e Investigadora de Tiempo Completo del Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato., Gto. Línea de investigación salud sexual, reproductiva y mental.

² Profesor e Investigador del Departamento de Enfermería y Obstetricia sede León, Universidad de Guanajuato, Email: ramos.victor@gmail.com

³ Profesora-Investigadora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, Línea de investigación salud sexual, reproductiva y mental. Email: luisanayo@hotmail.com

Palabras clave: anticoncepción, perspectiva, bronfenbrenner.

Abstract

Unplanned pregnancies are a reproductive health problem mainly in developing countries. The use of contraceptive methods in a correct and sustained way (contraceptive behavior), is a key factor to improve the health, mainly of women and children, since they would significantly reduce maternal and infant mortality, abortions in conditions in risk and health problems in children under five years of age. There are many factors associated with risky contraceptive behavior, however much of the literature on contraception has focused on the demographic, cognitive, or behavioral characteristics of women at risk. The

phenomenon of contraception is very complex, so it is necessary and important to consider aspects of the environmental and social factors that influence individual choices of contraception. Therefore, it is necessary to analyze contraception from a broader perspective that allows integrating social and cultural aspects. The purpose of this study is to describe the factors that influence contraceptive behavior from the ecological model. The ecological perspective has been useful to broaden the understanding of a series of complex social and health problems, such as contraceptive behavior, since it integrates social structures that directly or indirectly influence the use or non-use of contraceptive methods.

Key words: contraception, perspective, bronfenbrenner.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos no planeados representan un problema global, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que, a nivel mundial, 74 millones de mujeres que viven en países de ingresos bajos y medios presentan embarazos no planeados (Singh, Darroch, & Ashford, 2014). Un factor clave para prevenir embarazos no deseados es el uso de métodos anticonceptivos, dado que ayuda a reducir la mortalidad materna e infantil y a mejorar la calidad de vida de la población, principalmente de las mujeres y niños (Cleland, Conde-Agudelo, Peterson, Ross & Tsui, 2012; Kavanaugh & Anderson, 2013; Sonfield, Hasstedt, Kavanaugh, & Anderson, 2013).

Se ha reportado que el uso de anticonceptivos podría evitar más de dos quintas partes de las muertes maternas (Ahmed, Li, Liu, & Tsui, 2012). Aunque se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad reproductiva desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. No obstante, a escala mundial, el uso de anticonceptivos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015 (OMS, 2018). Los embarazos no planeados son consecuencia de una gran cantidad de factores que incluyen el no uso, la interrupción en el uso y el fracaso de los anticonceptivos (Barden-O'Fallon, Speizer, & White, 2008), se incluye el uso incorrecto e inconsistente de los métodos anticonceptivos (Winner et al., 2012).

Desde los años noventa, La Organización de las Naciones Unidas (ONU), propuso dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 "mejorar la salud materna" y una de las metas para alcanzarlo fue aumentar el acceso universal a la salud reproductiva, reduciendo el número de embarazos no planificados. Extender a la población la cobertura del uso de métodos anticonceptivos, especialmente los altamente efectivos y reversibles, como los hormonales y hacer que las mujeres los usen de forma correcta y sostenida (conducta anticonceptiva) (Cleland, et al., 2012; ONU, 2012).

El 47% de las mujeres de mujeres con un embarazo no planificado informan que no usaron ningún método anticonceptivo en el mes en que quedaron embarazadas, lo que sugiere que, a pesar de la difusión, su uso sigue siendo limitado. Sin embargo, muchos factores influyen en el uso discontinuo o en el no uso de métodos anticonceptivos, la comprensión de estos factores es esencial para el diseño de estrategias efectivas de salud pública que ayuden a mejorar la conducta anticonceptiva de las mujeres, así como reducir las relaciones sexuales sin protección y disminuir el número de embarazos no deseados (Omideyi et al., 2011).

Gran parte de la literatura sobre anticoncepción se ha centrado en los factores demográficos (Çalikoğlu et al., 2018; Osmani, Reyer, Osmani & Hamajima, 2015; Solanke, 2017) y cognitivos (Ahmad, Singh, Agrawal, Raja, & Ali, 2015; Machiyama et al., 2018; Peláez-Mendoza, 2016), para explicar el uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres, algunos autores han abordado aspectos culturales como la religión, para conocer su influencia en la decisión de las mujeres en utilizar un método (Srikanthan & Reid, 2008; Vargas, Martínez, & Potter, 2010). Debido a la complejidad del fenómeno es necesario dejar de analizarlo en forma fragmentada y conjuntar todos los factores para entender de forma integral, que finalmente pueda dar respuesta en el contexto actual. Por lo tanto es necesario analizar la anticoncepción desde una perspectiva más amplia, el modelo ecológico ha resultado útil para ampliar la comprensión de una serie de problemas sociales y de salud complejos, como lo es la conducta anticonceptiva, dado que integra estructuras sociales y culturales que influyen directa o indirectamente en el uso o no uso de los métodos anticonceptivos (Brunson, 2010; Campbell, Sahin-Hodoglugil, & Potts, 2006; Cleland, Harbison, & Shah, 2014), por lo tanto el siguiente análisis será bajo el modelo bio-ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1993).

Objetivo

Identificar los factores que se relacionan a la conducta anticonceptiva, utilizando el modelo bio-ecológico.

MARCO TEÓRICO

En el modelo bio-ecológico, el desarrollo se define como el fenómeno continuo que implica cambio en las características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto en individuos como en grupos. El fenómeno se produce a lo largo de la vida, a través de las sucesivas generaciones y del tiempo histórico, tanto pasado, presente y futuro. El proceso es afectado por relaciones entre este marco y por el gran contexto en el cual el marco se encuentra insertado o anidado (Bronfenbrenner, 2001). En el proceso de desarrollo los seres humanos tienen interacción con el ambiente y desde que éste ejerce influencia, requiere de un proceso mutuo de acomodación, la interacción entre persona y ambiente es vista en dos direcciones y caracterizada por reciprocidad. Al respecto el ambiente que es relevante al desarrollo del proceso no está limitado a un marco solo e inmediato, es extendido a incorporar interconexiones entre tales marcos, también las influencias externas emanan de los grandes contextos. Por otra parte, el ambiente ecológico es visto como una disposición anidada de estructuras concéntricas, cada una dentro del microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Figura 1).

Supuestos

Un microsistema se define como un patrón de actividades, roles sociales y relaciones interpersonales experimentadas por la persona en desarrollo, en un entorno cara a cara, dado particularmente por características físicas, sociales y simbólicas que invitan, permiten o inhiben la interacción en forma continua y progresiva cada vez más compleja, así como la actividad en el entorno inmediato (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

El mesosistema comprende las relaciones existentes entre dos o más conjuntos en el cual las personas participan activamente (familia, trabajo y vida social), es un sistema de dos o más microsistemas. El exosistema incluye los vínculos y procesos que tienen lugar entre dos o más entornos, al menos uno de los cuales no está directamente a la persona (la red de amigos de los padres, las actividades de la escuela), pero en el que ocurren eventos que influyen indirectamente en los procesos dentro del entorno inmediato en el que vive la persona (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

El macrosistema se refiere a la estructura, la forma y el contenido de los sistemas de orden inferior (micro, meso y ecosistemas) que existen o podrían existir, a nivel de subcultura o cultura como un todo, a la par de un sistema de creencias o ideología subyacente a tales entornos.

Aunque sea el mismo entorno varía en diferentes contextos por ejemplo la escuela en México o Estados Unidos, las familias ricas y pobres. Los contrastes intra sociales también reflejan un macrosistema, los planos de sistemas difieren para varios grupos socioeconómicos, étnicos, religiosos y otras subculturas. Reflejando contrastes en sus sistemas de creencias y estilos de vida y que ayudan a perpetuar el ambiente ecológico para cada grupo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

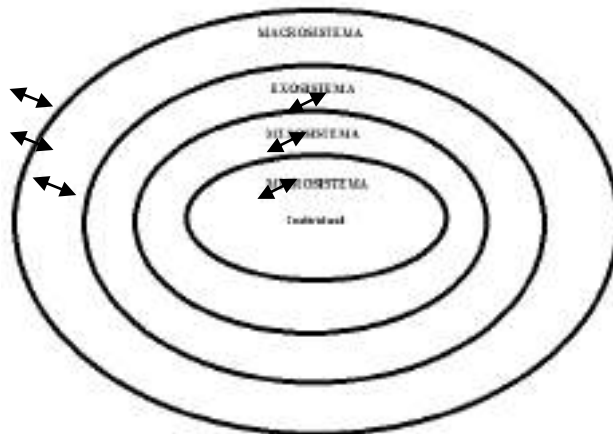


Figura 1. Modelo bioecológico Bronfenbrenner (1993).

Modelo Ecológico y Conducta Anticonceptiva

Microsistema

El primer nivel llamado microsistema, se refiere al contexto más inmediato de la persona, dadas las características de los elementos que definen este nivel, algunas variables que se pueden ubicar respecto al uso de métodos anticonceptivos son las siguientes:

Edad

La edad, por ser una característica no modificable y además es un factor que juega un papel importante en el proceso de toma de decisiones acerca de la maternidad, es decir, cuándo las mujeres tendrán el primer embarazo y cuánto tiempo esperarán para el siguiente y cómo evitarán un embarazo con un período intergenésico corto. Es importante señalar que las mujeres utilizan diferentes

métodos de acuerdo con su edad, al respecto Allen-Leigh y colaboradores en el 2013, reportaron que las mujeres de 15 a 38 años utilizaron con mayor frecuencia el condón, mientras que las de 39 a 49 años la Oclusión tubárica Bilateral (OTB). El uso de los métodos anticonceptivos cambia debido a la modificación en la necesidad de anticoncepción, por los cambios fisiológicos en la mujer y una de las consecuencias es el descenso en la tasa de anticoncepción (Murarkar & Soundale, 2011; Vasundhara, Uday, Vinita, & Shally, 2012).

Otro aspecto para destacar respecto a la edad es la distribución del uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a ésta. El grupo de edad donde se reporta el mayor porcentaje del uso de los métodos anticonceptivos es el de 30 a 34 años y los grupos donde el uso es menor es el de 15 a 19 y de 45 a 49 años (Hossain, Khan, Ababneh, & Shaw, 2018; Sensoy, Korkut, Akturan, Yilmaz, Tuz, & Tuncel, 2018), las mujeres más jóvenes utilizan más los métodos anticonceptivos modernos (parche, implante, dispositivo intrauterino hormonal, entre otros) y las mayores de 40 años, son las que utilizan menos los métodos anticonceptivos.

Conocimiento

El conocimiento general sobre anticonceptivos varía ampliamente entre las poblaciones con notables disparidades entre las minorías y las poblaciones más jóvenes que tienen menos conocimiento y comprensión de varios métodos anticonceptivos (López, Steiner, Grimes, & Schulz, 2008). Varios estudios han evaluado el conocimiento de las mujeres sobre un método anticonceptivo específico, como el dispositivo intrauterino o el implante (Hall et. al., 2016). Diversos autores han reportado que las mujeres muestran niveles altos de conocimientos de los métodos anticonceptivos y su uso (Grabbe et. al., 2009; Nsubuga, Sekandi, Sempeera, & Makumb, 2016). Por lo tanto, se esperaría que las mujeres accedieran a los servicios que proveen los métodos debido a su conocimiento de las diversas opciones de anticoncepción y las formas de uso, no obstante, continúan presentando anticoncepción de riesgo, es importante resaltar que es imperante evaluar la calidad de los conocimientos en salud sexual y reproductiva para determinar las necesidades de educación en las usuarias principalmente.

Actitud para la conducta anticonceptiva

La actitud, es un aspecto muy importante en los seres humanos, dado que predispone a las acciones (Fishbein & Ajzen, 1975). La actitud se define como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la

experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona” (Allport, 1935). La actitud es importante en las estructuras cognitivas, cada individuo desarrolla su posición por múltiples factores hasta convertirse en una singularidad de la persona, sin embargo, se debe considerar la influencia social y del contexto en el desarrollo de las mismas. La actitud para la conducta anticonceptiva es la evaluación positiva o negativa de la mujer hacia el uso de los anticonceptivos, las actitudes pueden asociarse a experiencias previas negativas o positivas con los métodos anticonceptivos (Bardaweel, Akour, & Kilani, 2015). Las actitudes positivas incrementan la probabilidad de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, tal como lo reporta Ong, Smith, Wong, McNamee y Fairley (2012), que refiere que las mujeres con actitudes positivas hacia los anticonceptivos, los usaron de forma continua, en comparación de aquellas mujeres que referían actitudes negativas.

Autoeficacia para la conducta anticonceptiva

La autoeficacia es una percepción individual que permite el desarrollo de actividades dentro de la sociedad, se define como el juicio de las personas acerca de sus capacidades para ejecutar diversos comportamientos y alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1997). Aunque la autoeficacia es un juicio individual y propio de cada persona, está influenciado por la sociedad y el contexto donde la persona se desarrolla, las cuatro fuentes para el desarrollo de la autoeficacia son el dominio activo de las experiencias (éxitos y fracasos anteriores), aprendizaje vicario (aprendizaje social o modelado), persuasión verbal (retroalimentación evaluativa), la fisiológica y los estados afectivos (Bandura, 2002). Las mujeres pueden percibirse capaces o no de utilizar algún método en el contexto en que se desarrollan dependiendo de su juicio personal y de su historia de vida.

La autoeficacia para la conducta anticonceptiva en mujeres se define como la capacidad personal percibida por la mujer de que puede usar métodos anticonceptivos. La literatura revela que la autoeficacia para la conducta anticonceptiva se correlaciona de forma positiva con la conducta anticonceptiva (Caudillo et al., 2015; Wan & Chiou, 2008), es decir a mayor percepción de autoeficacia, las usuarias usarán los métodos anticonceptivos de forma continua y consistente. Por lo tanto, es un factor importante, dado que puede ser una barrera o un beneficio para las usuarias, quienes a pesar de tener los conocimientos suficientes acerca de los métodos anticonceptivos, pero se no perciben capacidad para utilizarlos, los abandonarán.

Creencias acerca de los métodos anticonceptivos

Las creencias son sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad en el que vive la sociedad de referencia. Las creencias pueden contener componentes míticos (cifrados sobre todo en las relaciones de parentesco utilizadas para enlazar los fenómenos cósmicos) o religiosos, pero también hay creencias no míticas sino “racionalizadas” (por ejemplo, la creencia en la esfericidad del mundo físico) sin que por ello sean verdaderas. Con respecto a la anticoncepción existen una gran cantidad de ideas erróneas asociadas al uso de métodos anticonceptivos, principalmente de los hormonales y es considerada una de las principales barreras entre las más comunes se encuentran las que consideran que los métodos anticonceptivos son abortivos, que producen infertilidad si se usan por mucho tiempo y generan efectos secundarios severos, como los sangrados abundantes, dolores de cabeza, ganancia de peso, caída de cabello, entre otros (Carter, Bergdall, Henry, Hatfield, & Hock, 2012; Chernick et. al., 2015; Godfrey et al., 2010). Una creencia que se menciona por las mujeres es que los métodos anticonceptivos hormonales, se consideran antinaturales o que producen problemas en la salud (Caudillo et al., 2019). Las creencias se transmiten de generación en generación o entre amigos, influyendo en la conducta en muchas ocasiones de forma negativa.

Mesosistema

El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente, como la familia, la pareja y el personal de salud.

Familia

En referencia a la conducta anticonceptiva la familia es fuente importante de interacción y aprendizaje. La comunicación con los padres incrementa el uso de los métodos anticonceptivos (Kim, Lee, Gebremariam, Iwashyna, & Dalton, 2011). Por su parte reportaron que las opiniones de madres y hermanas fueron consideradas más valiosas o verdaderas que la consejería del personal de salud, dado que las mujeres consideran que, al tener la experiencia de haber vivido algo similar, también algunas mujeres han dejado de usar los métodos anticonceptivos porque sus hermanas les advirtieron los efectos adversos como dolores de cabeza o sangrado excesivo (Carter et al., 2012; Yee & Simon, 2010). Por su parte Oyediran, Faronbi y Ajibade (2013), asociaron las actitudes positivas de los

padres hacia el uso de métodos anticonceptivos con un mayor uso de estos por los jóvenes.

Pareja

Con respecto a la pareja, el tener el apoyo de la pareja es un factor importante para que las mujeres usen un método anticonceptivo, al respecto varios estudios en diversos contextos han reportado, que las mujeres que percibían el apoyo de su pareja tienen más probabilidad de usar un método anticonceptivo (Harper, Callegari, Raine, Blum & Darney, 2004; Tuloro & Deressa, 2006; Wang, Cheng, & Chou, 2008). Este fenómeno se presenta en mujeres solteras con una relación de noviazgo, como en mujeres casadas e incluso con hijos. Algunos factores de las relaciones de pareja que permiten una mejor conducta anticonceptiva es tener al mismo compañero por períodos de tiempo más largos (Harvey, Henderson, & Casillas, 2006).

La naturaleza de la relación también se relaciona con la probabilidad de usar métodos anticonceptivos, es decir cuando una relación es casual sin compromiso se utilizarán menos los métodos anticonceptivos en comparación a quienes tienen una relación estable (Kuortti & Kosunen, 2009; Upadhyay, Raifman, & Raine-Bennett, 2016), las parejas con una relación mayor a un año reportan probabilidad de usar anticonceptivos, así como pasar de un método de barrera a un método más efectivo como los hormonales, en consecuencia de una relación sentimental más íntima (Ford, Sohn, & Lepkowski, 2001; Longmore, Manning, Giordano, & Rudolph, 2003; Raj & McDougal, 2015). También las parejas que mantienen comunicación y discuten antes de la primera relación sexual acerca del uso de métodos anticonceptivos disminuye la conducta anticonceptiva de riesgo (Davies et al., 2006; Marston & King, 2006; Widman, Welsh, McNulty, & Little, 2006).

Personal de salud

Respecto al personal de salud, el apoyo de médicos y enfermeras, presentan actitudes considerados como negativas, entre las que se incluyen agresiones verbales, actitudes de indiferencia, imposición de un método anticonceptivo sin respetar la decisión de las mujeres de no colocarlo. En este aspecto juegan un rol muy importante, dado que son quienes se encuentran capacitados para proporcionar información veraz, actualizada, sin embargo, el conflicto entre sus creencias y su rol imparcial como personal de salud, conlleva a que en ocasiones actúen paternalistas y no proporcionen la información adecuada a las usuarias, en

mayor medida en aquellas que son muy jóvenes. El personal de salud tiende a no proporcionar métodos anticonceptivos en especial a mujeres jóvenes debido a sus creencias, al considerar que no es correcto o moralmente inaceptable (Brunie, Tolley, Ngabo, Wesson, & Chen, 2013; Nalwadda, Mirembe, Tumwesigye, Byamugisha, & Faxelid, 2011).

Exosistema

El exosistema se refiere a aquellos sistemas que no están directamente relacionados con la persona, pero que lo afectan de manera indirecta.

Creencias de los padres

Las creencias de los padres hacia la sexualidad y a reproducción, tienen sus raíces en la cultura y la religión (Castro, Bahamondes, & Fernandes, 2011). A la mujer se le identifica con aspectos como la debilidad, la dependencia o la sumisión, mientras que al hombre con la superioridad, la fortaleza y la independencia (Sequeira, 2009). Estas creencias se han mantenido y reproducido a lo largo del tiempo de generación en generación apoyado en la religión, con sus conceptos del matrimonio y las relaciones sexuales con fin de procreación, no se permiten las relaciones sexuales prematrimoniales y tampoco el uso de métodos anticonceptivos no naturales (Schenker, 2000), como consecuencia los temas acerca del sexo y la reproducción continúan siendo un tabú en la familia y en la sociedad en general, disminuyendo la probabilidad de tener una comunicación efectiva con los padres.

Estigma

El estigma social hacia las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos, principalmente en las adolescentes y las solteras, influyen en las creencias y actitudes de las mujeres respecto a la anticoncepción (Ali, Cleland, Shah, Silumbwe et. al., 2018), la razón es que las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos no son aceptadas socialmente, porque se les asocia con conductas poco morales como el tener múltiples parejas sexuales o la promiscuidad (Egede, Onoh, Umeora, Iyoke, Dimejesi, & Lawani, 2015; Marston & King, 2006).

Macrosistema

El macrosistema es el más lejano al individuo, factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social.

Demanda insatisfecha

La demanda insatisfecha en anticoncepción es un indicador importante para determinar si la demanda de anticonceptivos está cubierta en la población que la solicita, proporciona una medida de la capacidad de las mujeres para lograr el tamaño de familia deseado y el espaciamiento de los nacimientos. También es un indicador del éxito de los programas de salud reproductiva para la atención de los servicios, también es una medida basada en los derechos que ayuda a determinar las condiciones del sistema de salud y las condiciones sociales de un país que respaldan la capacidad de las mujeres para retrasar o limitar los nacimientos (OMS, 2014). El concepto de demanda insatisfecha a las mujeres y parejas que no quieren tener un embarazo en los dos siguientes años o nunca, pero no están utilizando un método anticonceptivo (OMS, 2015). La demanda insatisfecha es resultado del aumento de la demanda, las limitaciones en la prestación de servicios, la falta de apoyo por parte de comunidades y cónyuges, la información errónea, los costos financieros y las restricciones en el transporte.

En general esta demanda no está cubierta, lo que aumenta el riesgo de embarazo por no usar un anticonceptivo. Entre las principales razones por las cuales las mujeres refieren demanda insatisfecha anticonceptiva es la dificultad de acceso a los métodos anticonceptivos. Las mujeres que viven en comunidades rurales tienen mayor demanda insatisfecha que las que viven en zonas urbanas (Lakew, Reda, Tamene, Benedict, & Deribe, 2013), dado que las condiciones de disponibilidad son limitadas.

Religión

La religión, es un fenómeno humano sumamente complejo que abarca y comprende toda una variedad de dimensiones y formas de vida, tanto individuales como colectivas es un fenómeno que constituye una parte esencial en la cultura de cualquier grupo humano. La religión como parte de ese comportamiento aprendido y compartido por los miembros de un determinado grupo humano, en definitiva, es parte de la cultura. La religión es entendida como “patrones de creencias, valores y comportamientos adquiridos por los miembros de una

sociedad, ya sea como resultado de aprendizaje consciente o de la imitación” (Cantón, 2001).

Las prácticas religiosas son acciones que se realizan en tiempos y espacios objetivos y subjetivos, en contextos donde se configuran entramados de significaciones de diferentes situaciones, objetos y sujetos localizados dentro del campo religioso. La religión comprende las creencias religiosas, como la virginidad y el no apoyo al uso de los métodos anticonceptivos, entre otras. Las personas quienes más compromiso tienen por su religión más apegan sus conductas con sus creencias, por lo tanto, el compromiso religioso es el grado en el cual una persona se adhiere, a sus valores, creencias y prácticas religiosas y además las usa en la vida diaria (Worthington, McCullough, Berry, & Ripley, 2003).

Un alto porcentaje de la población refiere ser de religión católica, que prohíbe el uso de cualquier método que no sea natural (ritmo, billings), continuando con la creencia de "todos los hijos que Dios me dé", es por ello que las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos hormonales o el dispositivo intrauterino, por considerarlo un pecado (Doctor, Phillips, & Sakeah, 2009).

Cultura

La cultura y una notable división en los roles de género tienen un importante impacto en el desarrollo sexual de los jóvenes, por ejemplo, el machismo que hace referencia a un fuerte doble estándar y a una división de roles de género. Para los hombres, el machismo define el papel de un hombre como viril, promiscuo, agresivo y autoritario (Sequeira, 2009). Para las mujeres el machismo contribuye a mantener el rol tradicional femenino donde se incluye la sumisión, la virginidad hasta el matrimonio, el cuidado del hogar y la responsabilidad de la crianza de los hijos. El machismo implica un conjunto complejo de creencias, actitudes, valores y comportamientos que distinguen los roles de género en la familia y la sociedad de los hombres y mujeres (Sequeira, 2009).

El modelo generado a la conducta anticonceptiva, teniendo como marco el modelo ecológico muestra la complejidad de las estructuras y las interconexiones (Figura 2).

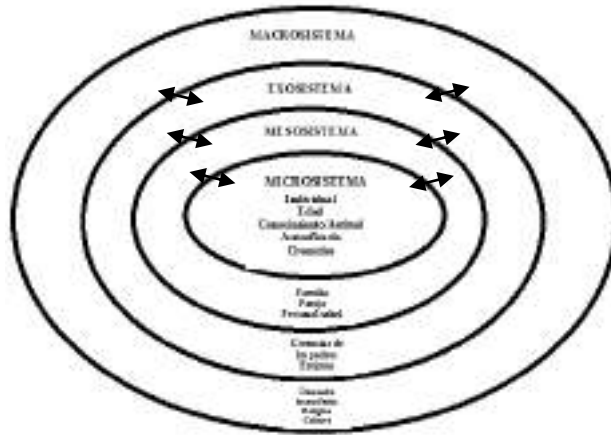


Figura 2. Modelo ecológico en la conducta anticonceptiva.

Evaluación de la conducta anticonceptiva desde el modelo ecológico

El uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos depende de una serie de factores, que interrelacionados permite que las mujeres continúen su uso hasta que decidan tener un embarazo, sin embargo la propia interrelación de los factores puede generar conductas anticonceptivas de riesgo, por ejemplo, la edad es un aspecto que influye, dado que se ha reportado que las mujeres muy jóvenes (12 a 15 años) y las mayores de 35 años, tienden a no utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales (Asiimwe, Ndugga, Mushomi, & Manyenye Ntozi, 2014), debido a una falsa percepción de invulnerabilidad a un embarazo (Nettleman, Brewer, & Ayoola, 2007; Williamson, Buston, & Sweeting, 2009), que finalmente se traduce en una falsa creencia o en un mito acerca de la sexualidad y la reproducción.

Asimismo, es importante destacar los conocimientos que tengan las mujeres, no solo en cantidad, sino en calidad, dado que se ha encontrado que cuentan con información, sin embargo, las fuentes son poco confiables como de los amigos, el internet y la televisión (Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, & Creatsas, 2004). Se debe destacar que además de proporcionar la información o el conocimiento se debe empoderar a las mujeres para la toma de decisiones respecto a su sexualidad y reproducción y además es importante incrementar la capacidad percibida de las mujeres para utilizarlos ante cualquier situación, así como la conducta a seguir en caso de inconsistencia, mejorando la autoeficacia para el uso de métodos anticonceptivos y eleve el uso de estos (Sensoy et al., 2018). Por lo tanto, los programas de salud sexual y reproductiva deben considerar los flujos de interacciones entre el entorno y las mujeres, para

generar soluciones efectivas a los factores que influyen en la complejidad del tema.

Las actitudes u opiniones de las mujeres positivas o negativas acerca de la práctica o la conducta anticonceptiva tienen una fuerte influencia en la conducta anticonceptiva, dado que si se perciben aspectos negativos disminuirá la probabilidad de utilizar los métodos anticonceptivos (Ayas & Efe, 2009) en las relaciones sexuales, incrementando el riesgo de un embarazo no planeado o de adquirir una infección de transmisión sexual o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Asimismo, las actitudes afectan las creencias de las personas (Bohner & Wanke, 2002), desarrollando mitos alrededor de los métodos anticonceptivos como la infertilidad por el uso, ganancia de peso, pérdida de cabello, entre otros.

La interacción con la red social y el apoyo que se perciba para la conducta anticonceptiva son elementos asociados a una conducta menos riesgosa, en este sentido la familia, principalmente los padres juegan un papel muy importante, dado que las mujeres que recibieron apoyo e información de sus padres acerca de temas de sexualidad y los métodos anticonceptivos, percibieron el riesgo de un embarazo no planeado o de adquirir una ITS (Mora, 2005).

Respecto a la pareja es preciso destacar que se cuenta con dos situaciones para analizar, la primera es la mujer casada o quien vive con su pareja, dado que la evidencia sugiere que el apoyo o no apoyo de la pareja o esposo influye en el uso de métodos anticonceptivos (DeRose, Dodoo, Ezeh, & Owuor, 2004; Esber, Foraker, Hemed, & Norris, 2014). En este sentido la comunicación entre pareja es muy importante para decidir el número de hijos y el tiempo entre los hijos.

Por otra parte, las mujeres no casadas, en una relación de noviazgo o con una pareja casual, tienen otro tipo de factores que se asocian al uso de los métodos anticonceptivos, como por ejemplo el tipo de relación y el tiempo de relación. Las mujeres con relaciones sexuales casuales reportan un mayor uso del condón para prevenir un embarazo no planeado y una ITS, sin embargo, cuando la relación es más formal o tienen más tiempo de relación, la pareja trata de reforzar la intimidad y la cercanía a través del uso de métodos anticonceptivos que permitan el contacto piel a piel (Higgins & Hirsch, 2008). Asimismo, el cambio en la conducta anticonceptiva de la pareja sugiere un fuerte compromiso y confianza.

El personal de salud es pieza fundamental en la conducta anticonceptiva, su rol es de consejería, asesoría y orientación para que la usuaria elija un método anticonceptivo de acuerdo con sus necesidades. Se ha reportado que las personas no acuden a los servicios de planificación familiar por las actitudes negativas del personal de salud (Agampodi, Agampodi, & Ukd, 2008), principalmente por el

estigma hacia las personas que utilizan métodos, en especial a las mujeres jóvenes o a las solteras por ser conductas consideradas poco morales.

Las creencias de los padres acerca de la sexualidad y la reproducción son un factor importante que permite que las mujeres generen actitudes positivas hacia la anticoncepción. Si los padres tienen creencias erróneas, pueden generar actitudes negativas y un rechazo a los métodos anticonceptivos. Jaccard y Dittus (2000), reportaron que los padres que aprueban los métodos aumentaron la probabilidad de sus hijos de una conducta anticonceptiva correcta.

Los aspectos culturales son importantes por estar asociados a la conducta anticonceptiva, dado que comprenden valores, normas, formas de pensamiento y estilos de vida que se transmiten de generación en generación. El uso de métodos anticonceptivos se encuentra fuertemente arraigado en un sistema de creencias y tradiciones culturales. Las creencias son difíciles de cambiar por nuevos conocimientos, debido a lo complejo de las estructuras sociales de las que forman parte (Laza, 2008), así como de las interconexiones que entretejen una red de costumbres y tradiciones.

Los roles de género como el machismo están fuertemente ligados a la religión. La mujer es percibida como sumisa, frágil, con necesidad de protección, por lo tanto, no se le permite el sexo prematrimonial, ni el uso de métodos anticonceptivos, debido a la estigmatización de las mujeres que los usan. La evidencia ha mostrado que la cultura influye en la toma de decisiones, la conducta, entre otros.

CONCLUSIONES

La conducta anticonceptiva es fundamental para ayudar a la reducción de situaciones de riesgo como los embarazos no planeados, la transmisión de ITS incluyendo el VIH/Sida, además es un derecho reproductivo para todas las personas, de esta forma cada individuo decide la cantidad de hijos que desea tener, en el período y tiempo que considere apropiado para sí mismo, no obstante por ser un fenómeno multifactorial su abordaje es complejo, en virtud de esta aseveración es conveniente realizarlo desde una perspectiva que considere una gran parte de elementos, incluyendo estructuras sociales y culturales, que influyen en algunas pautas de comportamiento.

El modelo bio-ecológico ha sido un marco de referencia para el análisis de múltiples situaciones sociales y de salud, dado que provee una perspectiva integral. En el caso de la conducta anticonceptiva, el reconocer las interconexiones que existe entre la persona y el medio en el que vive y se

desarrolla es una aproximación que pretende ampliar el conocimiento respecto al tema. Desde el modelo ecológico la interacción de la mujer con los entornos, desde lo individual, hasta la estructura social y reconoce su influencia en la conducta. Es importante porque se puede hacer una clara distinción entre los factores personales y aquellos producidos por los entornos y sus relaciones. Por lo tanto las intervenciones deben considerar estos aspectos y no solo centrarse en la persona, dado que si se modifican los entornos favorecerá el uso de los métodos anticonceptivos.

Por otra parte, el conocer percepción de las mujeres acerca del uso de los métodos anticonceptivos, permitirá anticipar situaciones de riesgo. Todas las personas pertenecen a una sociedad que influye en sus ideas, pensamientos y conductas, elaborar una investigación que incluya todas las estructuras que participan es complejo e incluso podría ser inoperante, sin embargo, es indispensable visionar hacia nuevas perspectivas que expliquen el fenómeno de forma integral y no solo parcialmente.

LITERATURA CITADA

- Agampodi, S.B., Agampodi, T.C., & Ukd, P. (2008). Adolescent's perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BioMedic Central health services research*, 8, 98.
- Ahmad, G.S., Singh, R., Agrawal, S., Raja, S., & Ali, H. (2015). A Study of Adolescent Problems and their Knowledge, Attitude and Practice regarding Health and Rights in the Eastern Region of Nepal. *International Journal of Recent Scientific Research*, 28, 6(5), 4312-4319
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A.O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*, 380(9837), 111–125. doi:10.1016/S0140-6736(12)60478-4.
- Ali, M.M., Cleland, J.G., Shah, I.H., & World Health Organization. (2012). *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys*. World Health Organization, Geneva.
- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M.I., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F. et al. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública México*, 55(2), 235-240.

- Allport, G.W. (1935) Attitudes, en Murchison (ed.), *Handbook of social psychology*, Worcester, Clark University Press.
- Asiimwe, J.B., Ndugga, P., Mushomi, J., & Manyenye Ntozi, J.P. (2014). Factors associated with modern contraceptive use among young and older women in Uganda; a comparative analysis. *BMC public health*, 14, 926. doi:10.1186/1471-2458-14-926
- Ayaz, S., & Efe, Ş.Y. (2009). Family planning attitudes of women and affecting factors. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 10(3), 137-141
- Bandura, A. (1997). *Self–Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2002). Social Cognitive Theory in Cultural Context. *Applied Psychology*, 51(2), 269-290.
- Barden-O’Fallon, J.L., Speizer, I.S., & White, J.S. (2008). Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 410–417. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000600006>
- Bardaweel, S.K., Akour, A.A., & Kilani, M.V. (2015). Current knowledge, attitude, and patterns of oral contraceptives utilization among women in Jordan. *BMC women's health*, 15, 117. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0275-1>
- Bohner, G, & Wanke M. (2002). Attitudes and Attitude Change. Social Psychology: A Modular Course. (1st ed.) NY: Psychology Press.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1993). Heredity, environment and the question “How?” A first approximation. In Author (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 174–184). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.
- Bronfenbrenner, U. (2001). Growing chaos in the lives of children, youth, and families: How can we turn it around? In Author (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 185–197). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (2006). The bio ecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley.

- Brunie, A., Tolley, E., Ngabo, F., Wesson, J., & Chen, M. (2013). Getting to 70%: Barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123 (1).
- Brunson, J. (2010). Son Preference in the Context of Fertility Decline: Limits to New Constructions of Gender and Kinship in Nepal. *Studies in family planning*, 41(2), 89-98.
- Çalikoğlu, E.O., Bilge-Yerli, E., Kavuncuoğlu, D., Yılmaz, S., Koşan, Z., & Aras, A. (2018). Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 24, 5027–5034. <https://doi.org/10.12659/MSM.908388>
- Campbell, M., Sahin-Hodoglugil, N.N., & Potts, M. (2006). Barriers to fertility regulation: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, 37(2), 87-98.
- Cantón, M. (2001). La razón hechizada. *Teorías antropológicas de la religión*. Barcelona: Ariel.
- Carter, M.W., Bergdall, A.R., Henry-Moss, D., Hatfield-Timajchy, K., & Hock-Long, L. (2012). A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception*, 86(5), 543–50. doi: 10.1016/j.contraception.2012.02.017.
- Castro, S., Bahamondes, M.,V., & Fernandes, A. (2011). A cross-sectional study of the forearm bone mineral density in long-term current users of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 84(5), 31-37.
- Caudillo, L., Benavides, R.A., Harrison, T., Montañez, M.A., Moreno, M.E., & Ramos, M.T. (2015). Autoeficacia para la anticoncepción y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud*, 2 (1), 84-94.
- Caudillo, L., Benavides-Torres, R., Harrison, T., Flores, M., L., Vital, V., M., & Valdez, C. (2019). Factores relacionados con la conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes: estudio mixto. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 19 (2), 160-172.
- Chernick, L.S., Schnall, R., Higgins, T., Stockwell, M.S., Castaño, P.M., Santelli, J., & Dayan, P. S. (2015). Barriers to and enablers of contraceptive use among adolescent females and their interest in an emergency department based intervention. *Contraception*, 91(3), 217-225.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A.O. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 380 (9837), 149–156. doi:10.1016/S0140-6 736(12)60609-6.

- Cleland, J., Harbison, S., & Shah, I.H. (2014). Unmet need for contraception: issues and challenges. *Studies in Family Planning*, 45(2), 105-122.
- Davies, S.L., Diclemente, R.J., Wingood, G.M., Person, S.D., Dix, E.S., & Harrington, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: findings from a prospective study. *Journal of adolescents Health*, 39 (1), 43-49.
- DeRose, L.F., Dodoo, F., Ezeh, A.C., & Owuor, T.O. (2004). Does discussion of family planning improve knowledge of partner's attitude toward contraceptives?. *International Family Planning Perspectives*, 30(2), 87-93.
- Doctor, H., Phillips, J., & Sakeah, E. (2009). The Influence of Changes in Women's Religious Affiliation on Contraceptive Use and Fertility Among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. *Family Planning*, 40(2), 113-122.
- Egede, J.O., Onoh, R.C., Umeora, O.U., Iyoke, C.A., Dimejesi, I.B. & Lawani, L.O. (2015). Contraceptive prevalence and preference in a cohort of south-east Nigerian women. *Dove Press*, 9, 707-714.
- Esber, A., Foraker, R.E., Hemed, M., & Norris, A. (2014). Partner approval and intention to use contraception among Zanzibari women presenting for post-abortion care. *Contraception*, 90(1), 23-8.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. New York: Reading Mass.
- Ford, K., Sohn, W., & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspective*, 33 (3), 100-105.
- Godfrey, E.M., Memmel, L.M., Neustadt, A., Shah, M., Nicosia, A., & Moorthie, M. (2010). Intrauterine contraception for adolescents aged 14–18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A. *Contraception*, 81(2), 123–127.
- Grabbe, K., Stephenson, R., Vwalika, B., Ahmed, Y., Vwalika, C., Chomba, E., et al. (2009). Knowledge, use, and concerns about contraceptive methods among sero-discordant couples in Rwanda and Zambia. *Journal of women's health*, 18(9), 1449-1456.
- Hall, K.S., Ela, E., Zochowski, M.K., Caldwell, A., Moniz, M., McAndrew. L., et al. (2016). I don't know enough to feel comfortable using them. Women's knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college campus. *Contraception*, 93, 556–64.

- Harper, C., Callegari, L., Raine, T., Blum, M. & Darney, P. (2004). Adolescent clinic visits for contraception: support from mothers, male partners and friends. *Perspectives of Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 20-26.
- Harvey, S.M., Henderson, J.T., & Casillas, A. (2006). Factors associated with effective contraceptive use among a sample of Latina women. *Women Health*, 43(2), 1-16.
- Higgins, J.A., & Hirsch, J.S. (2008). Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American journal of public health*, 98(10), 1803-1813.
- Hossain, M.B., Khan, M., Ababneh, F., & Shaw, J.E. (2018). Identifying factors influencing contraceptive use in Bangladesh: evidence from BDHS 2014 data. *BioMedical Central Public Health*, 18, 192
- Jaccard, J., & Dittus, P. (2000). Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health*, 90, 1426-1430.
- Kavanaugh, M.L., & Anderson, R.M. (2013). *Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers*. New York: Guttmacher Institute.
- Kim, C., Lee, J.M., Gebremariam, A., Iwashyna, T.J., & Dalton, V. (2011). Longitudinal influences of friends and parents upon unprotected vaginal intercourse in adolescents. *Contraception*, 83(2), 138-144.
- Kuortti, M., & Kosunen, E. (2009). Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(1), 47-52.
- Lakew, Y., Reda, A.A., Tamene, H., Benedict, S., & Deribe, K. (2013). Geographical variation and factors influencing modern contraceptive use among married women in Ethiopia: evidence from a national population-based survey. *Reproductive Health*, 10, 52.
- Laza, C. (2008). Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. *Revista teoría y praxis investigativa*, 3 (2).
- Longmore, M.A., Manning, W.D., Giordano, P.C., & Rudolph, J.L. (2003). Contraceptive self-efficacy: does it influence adolescents' contraceptive use?. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(1), 45-60.
- Lopez, L.M., Steiner, M., Grimes, D.A., & Schulz, K.F. (2008). *Strategies for communicating contraceptive effectiveness*. Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd, 1465-1858.

- Machiyama, K., Huda, F.A., Ahmmed, F., Odwe, G., Obare, F., Mumah, J.N. et al., (2018). Women's attitudes and beliefs towards specific contraceptive methods in Bangladesh and Kenya. *Reproductive Health*, 15.
- Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behavior: a systematic review. *Lancet*, 4, 368.
- Mora, M. (2005). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud*, 15 (1), 45-56.
- Murarkar, S.K., & Soundale, S.G. (2011). Epidemiological correlates of contraceptive prevalence in married women of reproductive age group in rural area. *National Journal of Community Medicine*, 2(1), 78-81
- Nalwadda, G., Mirembe, F., Tumwesigye, N., Byamugisha, J., & Fixelid, E. (2010). Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: providers' perspectives. *Biomedic Central Health Services Research*, 11, 20.
- Nettleman, M., Brewer, J., & Ayoola, A. (2007). Reasons for unprotected intercourse in adult women: a qualitative study. *Journal of Midwifery Womens Health*, 52(2), 148-152.
- Nsubuga, H., Sekandi, J.N., Sempeera, H., & Makumb, F.E. (2016). Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: across-sectional survey. *BioMedical Central Women's Health*, 16 (6). DOI 10.1186/s12905-016-0286-6
- Omideyi, I., kinyemi, A.I., Aina, O.I., Adeyemi, A.B., Fadeyibi, O.A., Bamiwuye, S.O. et al. (2011). Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria. *Global Public Health*, 6, 52-72.
- Ong, J., Smith, M., Wong, W., McNamee, K., & Fairley, C. (2012). Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *BioMedic Central Public Health*, 12, 1108
- Organización de las Naciones Unidas (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>
- Organización Mundial de la salud (2014). Unmet need for family planning. The global health observatory. Explore a world of health data. Recuperado de <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/6>

- Organización Mundial de la salud (2015). Unmet need for family planning. Sexual and reproductive health. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Planificación familiar: datos y cifras*. Notas descriptivas. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Osmani, A.K., Reyer, J.A., Osmani, A.R., & Hamajima, N. (2015). Factors influencing contraceptive use among women in Afghanistan: secondary analysis of Afghanistan Health Survey 2012. *Nagoya journal of medical science*, 77(4), 551–561.
- Oyediran, O.O., Faronbi, J., & Ajibade, B.L. (2013). Parental Attitude towards the use of Contraceptives by Adolescents in Osogbo Osun State. *Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 8 (3), 12-18.
- Peláez-Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1).
- Raj, A., & McDougal, L. (2015). Associations of intimate partner violence with unintended pregnancy and pre-pregnancy contraceptive use in South Asia. *Contraception*, 91 (6), 456-463.
- Sensoy, N., Korkut, Y., Akturan, S., Yilmaz, M., Tuz, C., & Tuncel, B. (2018). Factors Affecting the Attitudes of Women toward Family Planning. In Amarin, Z.O. (IntechOpen), *Family Planning*. Recuperado de <https://www.intechopen.com/books/family-planning/factors-affecting-the-attitudes-of-women-toward-family-planning>
- Sequeira, D. (2009). *The Machismo and Marianismo Tango*. Pittsburgh, PA: Dorrance.
- Schenker, J.G. (2000). Women's reproductive health: monotheistic religions perspectives. *International Journal of Obstetrics and Gynecologic*, 70(1), 77-86.
- Singh, S., Darroch, J.E., & Ashford, L.S. (2014). *Adding it up: the cost and benefits of investing in sexual and reproductive health*. Guttmacher Institute report. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.
- Srikanthan, A., Reid R.L. (2008). Religious and Cultural Influences on Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30, (2), 129-137
- Solanke, B.L. (2017). Factors influencing contraceptive use and non-use among women of advanced reproductive age in Nigeria. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 36(1).

- Sonfield, A., Hasstedt, K., Kavanaugh M.L., & Anderson, R. (2013). *The social and economic benefits of women's ability to determine whether and when to have children*. New York: Guttmacher Institute.
- Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., Boulamatsis, D., & Creatsas, G. (2004). Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 190-195
- Tuloro, T., & Deressa, W. (2006). The role of men in contraceptive use and fertility preference in hosanna town. *Ethiopian Journal of Health Development*, 20 (3), 152-159.
- Upadhyay, U.D., Raifman, S., & Raine-Bennett, T. (2016). Effects of relationship context on contraceptive use among young women. *Contraception*, 94(1), 68-73.
- Vargas, E.D., Martínez, G., & Potter, J.E. (2010). Religión e iniciación sexual premarital en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 4(7), 7-26.
- Vasundhara, S., Uday, M., Vinita, D., & Shally, A. (2012). Socio demographic determinants and knowledge, attitude, practice: Survey of family planning. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 1, 43-47. DOI: 10.4103/2249-4863.94451
- Wan, R., & Chiou, C. (2008). Relative Contribution of Intrapersonal and Partner Factors to Contraceptive Behavior among Taiwanese Female Adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (2), 131–136
- Wang, R., Cheng, C., & Chou, F. (2008) A causal model of contraceptive intention and its gender comparison among Taiwanese sexually inexperienced adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 930-939
- Widman, L., Welsh, D.P., McNulty, J.K., & Little, K.C. (2006). Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescents Health*, 39 (6), 893- 899.
- Williamson, L.M., Buston, K., & Sweeting, H. (2009). Young women's perceptions of pregnancy risk and use of emergency contraception: findings from a qualitative study. *Contraception*, 79(4), 310-315.
- Winner, B., Peipert, J.F., Zhao, Q., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J.E. et al. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *The New England Journal of Medicine*, 366 (21), 1998–2007. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110855>
- Worthington, E., McCullough, M., Berry, J. & Ripley, J. (2003). The Religious Commitment Inventory—10: Development, refinement, and validation

of a brief scale for Research and Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (1), 84–96.

Yee, L., & Simon, M. (2010). The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women. *Journal Adolescent Health*, 47(4), 374-380.

MODELO EXPLICATIVO SOBRE LA CONDUCTA DE CONSUMO DE ALCOHOL DE JÓVENES DEL AREA RURAL Y URBANA

EXPLANATORY MODEL ON THE BEHAVIOR OF ALCOHOL CONSUMPTION OF YOUNG PEOPLE IN THE RURAL AND URBAN AREA

Annel **González-Vázquez**¹; Karla **Selene López-García**² y Arodi **Tizoc-Marquez**³

Resumen

La comprensión de la conducta de consumo o no consumo de alcohol en los jóvenes se considera compleja y una forma de presentar explicaciones específicas del fenómeno es por derivación de teoría. Objetivo: presentar una derivación teórica y proponer un modelo explicativo sobre la conducta de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes del área rural y urbana. Método: se realizó una derivación teórica mediante la metodología propuesta por Walker y Avant y la construcción de la estructura conceptual-teórico-empírica descrita por Fawcett. Resultados: se obtuvo el modelo explicativo sobre la conducta de consumo y no consumo de alcohol. Conclusiones: el modelo puede ser útil para explicar e identificar los factores que influyen en el inicio de la conducta de consumo o no consumo de alcohol en jóvenes.

Palabras clave: derivación, conducta, consumo de alcohol.

Abstract

The understanding of consumption or non-consumption of alcohol in the young is considered complex, and one way to present specific explanations of phenomena is by derivation of theory. Objective: present a theoretical derivation and propose an explanatory model of behavior of consumption and non-consumption of alcohol in rural and urban young. Method: was made a theoretical derivation using methodology by Walker and Avant and the conceptual-theoretical-empirical structure described by Fawcett. Results: if was obtained the explanatory model of behavior of consumption and non-consumption of alcohol. Conclusions: the model can be useful to explain and identify the factors that

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Correspondencia: Correo electrónico: annel_10_7@hotmail.com, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Av. Dr José Eleuterio González 1500, Mitras Norte, 64460 Monterrey, México.

² Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

³ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California.

influence at the startof alcohol consumption or no consumption in youngs

Key words: derivation, behavior, alcohol consumption.

INTRODUCCIÓN

Mundialmente el consumo de alcohol conlleva una alta carga social y económica para los sistemas de salud, dado que es factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos, además de que se reportan 3 millones 300 mil muertes al año como consecuencia del consumo de alcohol, lo que sitúa al consumo de alcohol como el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en el mundo (OMS, 2018). En México un 71% de los jóvenes mayores de 18 años han consumido alcohol alguna vez en la vida y un 0,8% consume alcohol diariamente (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [Consejo Nacional contra las Adicciones CONADIC-SS], 2017).

De acuerdo a la evidencia encontrada se observa que la conducta del consumo de alcohol puede estar influenciada por el lugar de residencia de los jóvenes, por lo que es probable que en las áreas rurales las tradiciones culturales estén más arraigadas y el consumo de alcohol esté presente en diversos eventos culturales, como ferias de campo tradicionales, fiestas u otras celebraciones religiosas; lo que muestra una influencia social permisiva hacia el consumo de alcohol en los jóvenes (Álvarez, Alonso & Zanetti, 2014; Brenner, Bauermeister & Zimmerman, 2011).

La evidencia muestra que la construcción de la conducta de los jóvenes puede ser multicausal y diferente según las características poblacionales. Las diferencias entre el entorno rural y urbano pueden explicarse por las condiciones económicas, sociales, educacionales y culturales (Álvarez, Alonso & Zanetti, 2014; López & Rodríguez-Arias, 2010). Por otra parte, la OMS (1) (2018) señala que no existe un factor dominante para la conducta de consumo de alcohol, cuanto más factor de riesgo converjan en una persona es más probable que se presenten problemas relacionados con esta sustancia.

En este sentido el entendimiento de la conducta de consumo o no consumo de alcohol en los jóvenes es considerado complejo (Castaño, García & Marzo, 2014) y una manera de presentar explicaciones sobre fenómenos específicos es bajo la derivación de teoría, partiendo de una teoría madre. La Teoría Cognitiva Social de Bandura (1986) muestra la complejidad de los procesos humanos para realizar la conducta, determina que los factores ambientales influyen en la conducta; y los resultados de la conducta a su vez pueden cambiar los factores

personales y los ambientales.

La derivación teórica es una forma creativa y enfocada de desarrollo de teoría en un nuevo campo o fenómeno específico, es útil cuando se tiene un conjunto de conceptos relacionados entre sí, pero no se tiene una estructura para representar las relaciones de los conceptos. El resultado de una derivación teórica es proporcionar estructuras para la interpretación de la conducta o situaciones específicas unificando la evidencia. Por tanto, el propósito de este artículo es presentar una derivación teórica sobre la conducta de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes del área rural y urbana a partir de la Teoría Cognitiva Social (TCS).

METODOLOGÍA

Para realizar la derivación teórica de la TCS (Bandura, 1986) se tomaron en cuenta los cinco pasos propuestos por Walker y Avant (2011).

Paso 1: Familiarizarse con la literatura del tópico de interés.

Paso 2: Identificar nuevas formas de analizar la temática de interés.

Paso 3: seleccionar una teoría madre a utilizar para la derivación de teórica.

Paso 4: Identificar los conceptos y proposiciones de la teoría que se van a utilizar para desarrollar nuevos conceptos o proposiciones sobre la temática de estudio.

Paso 5: Redefinir los nuevos conceptos de las proposiciones derivadas.

El primer paso: es familiarizarse con la literatura del tópico de interés, por lo que se procedió a identificar y conocer la TCS a través de la lectura crítica, se identificaron estudios en los que ha sido utilizada la teoría y se encontró que su mayor utilidad es en el campo de la psicología para explicar el comportamiento de los individuos. Asimismo, se realizaron lecturas de evidencias de problemas actuales que pudieran ser explicados y probados teóricamente. En el procedimiento se identificó al consumo de alcohol como un problema mundial con amplias repercusiones, se encontraron diversas variables involucradas en esta conducta.

En el segundo paso: se identificaron formas de abordar la temática del consumo y no consumo de alcohol, una de las formas puede ser a través de variables que pudieran estar relacionadas con el consumo de alcohol (como la

edad, sexo, autoestima expectativas hacia el consumo de alcohol, autoeficacia, familia, presión de grupo de pares, la relación joven – comunidad, y el significado del consumo de alcohol), por tanto se realizó una nueva búsqueda de literatura de evidencia en las bases de datos Scopus, Ebsco, Dialnet, Medline, y Scielo utilizando palabras claves: autoestima, selfesteem, expectativas, expectations, autoeficacia, self-efficacy, familia, clima familiar, family environment, presión del grupo de pares, peer group, residence characteristics, neighborhood, alcohol, consumo de alcohol.

Se encontraron estudios que abordan solo una o dos variables relacionadas con el consumo de alcohol (Armendáriz- García, et al., 2015; Calero, Schmidt, & Bugallo, 2016). Otros estudios utilizan modelos o teorías de enfermería para explicar el consumo de alcohol (Castaño, García & Marzo, 2014), sin embargo, entender la conducta de consumo de alcohol desde la perspectiva de una disciplina psicológica puede apoyar a ampliar el conocimiento propio de la ciencia de enfermería (Fawcett, 2005).

Tercer paso: se concluyó que las proposiciones propuestas de la TCS podrían explicar el fenómeno del consumo de alcohol. Dado que la TCS de Bandura (7) (1986) proviene de la teoría del aprendizaje social, explica el funcionamiento psicosocial de una persona para realizar una conducta, expone que la persona es determinada por la interacción de factores. Bandura lo refiere como una interacción mutua triádica de factores personales, factores ambientales y la conducta representado por el modelo de reciprocidad triádica (Figura 1) donde expone que dichos factores interactúan, pero el peso de interacción puede ser diferente entre uno y otro (uno más fuerte que el otro) y tiene relación con las características particulares de la persona (Bandura, 1986).

Dentro del modelo se explica el determinismo recíproco donde el ambiente influye en la conducta, los resultados de la conducta pueden cambiar el ambiente, aunado a que se considera que los factores personales pueden mostrar interacción entre el ambiente y la conducta.

A continuación, se describen los tres factores, los personales, ambientales y la conducta.

Factores personales muestra la interacción entre el pensamiento, el efecto y la acción. Bandura refiere que la conducta puede estar dirigida a través de las expectativas y otras atribuciones internas propias del individuo. Dentro del concepto de factores personales se consideran los atributos internos biológicos, afectivos y cognitivos de un individuo.

Los factores personales biológicos corresponden a las cualidades que identifican a una persona de otra, como puede ser la edad, sexo e incluso su nivel de educación. Los factores personales afectivos hacen referencia a expresiones de agrado, desagrado o enojo del individuo y estas pueden ser resultantes de la

percepción de situaciones del entorno y pueden originar una alternativa de respuesta. Los factores personales cognitivos se señalan a los procesos por los cuales las personas adquieren información del entorno, la interpreta, almacena en la memoria y tienen la capacidad de comprender su propio mundo social, para posteriormente desarrollar competencias observables en acontecimientos reales y organizar en consecuencia su comportamiento.

Factores ambientales, son definidos como las estructuras sociales, cuyo propósito es organizar y regular las actividades de los individuos y grupos, son también una creación de las personas que las componen. Estas estructuras sociales, a su vez, imponen limitaciones o proporcionan recursos para el desarrollo de los individuos y grupos que forman parte de ellas. El concepto de factores ambientales está compuesto por elementos físicos y por personas con las cuales interactúan permanentemente y puede representarse por la influencia interpersonal, relaciones familiares o relaciones del grupo de pares. Dentro de los factores ambientales Bandura considera a la familia en la que se establecen relaciones interpersonales, comparten modos de existencia, sentimientos y conductas, donde los padres pueden ser considerados modelos para los hijos.

La conducta está determinada por la persona mediante procesos cognoscitivos y el ambiente a través de las situaciones sociales externas. Bandura refiere a esta visión como determinismo recíproco. Se destaca que las personas no son objetos carentes de poder ser controlados por fuerzas ambientales, ni agentes libres que pueden convertirse en cualquier cosa que decidan. Refiere que las personas, el ambiente y conducta, son determinantes recíprocos uno del otro. Bandura propone que las relaciones entre la persona, la conducta y el ambiente son bidireccionales, de modo que los jóvenes podrían influir en sus entornos en virtud de su propia conducta.

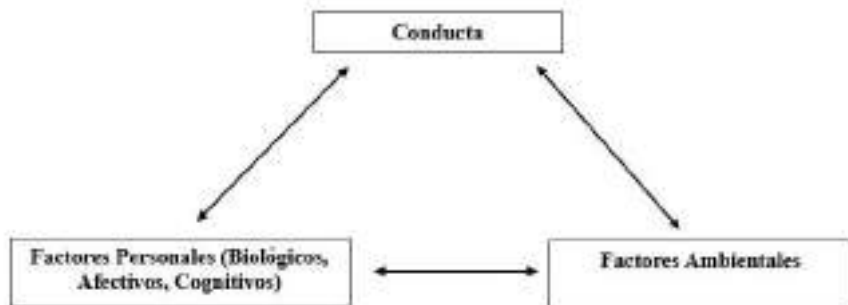


Figura 1. Modelo de la Reciprocidad Triádica. (Bandura, 1986 Social foundations of thought and action: A social cognitive theory).

Finalmente refiere que la mayor parte de las conductas (salvo los reflejos básicos) se aprenden, dado que la conducta se manifiesta como resultado de las interpretaciones, pensamientos, expectativas en tendencias hacia ciertos objetos o situaciones, estrategias y habilidades que se basan en capacidades y hábitos característicos de cada persona, lo que hace referencia a los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos.

El modelo de la reciprocidad triádica parte de las siguientes proposiciones:

1. La reciprocidad no significa simetría en la fuerza de las influencias bidireccionales.
2. La influencia relativa ejercida por los factores personales, ambientales y la conducta, varían según las actividades, los individuos y las circunstancias.
3. Cuando los factores ambientales ejercen fuertes restricciones en el comportamiento, emergen como determinantes primordiales de la conducta.
4. Cuando los factores ambientales son débiles, los factores personales actúan como la influencia predominante para la conducta.

Cuarto paso: se desarrollaron nuevas propuestas sobre la temática de estudio, en base en el contenido y la estructura de las proposiciones teóricas. Las proposiciones que se derivaron fueron las siguientes:

1. La influencia bidireccional de los factores personales biológicos (edad y sexo), afectivos (autoestima) y cognitivos (expectativas hacia el consumo de alcohol, autoeficacia de resistencia), los factores ambientales (familia, presión de grupo de pares, la relación joven comunidad y ocupación) y la conducta de consumo y no consumo de alcohol no son simétricos.
2. La influencia de los factores personales biológicos (edad y sexo), afectivos (autoestima) y cognitivos (expectativas hacia el consumo de alcohol, autoeficacia de resistencia), los factores ambientales (familia, presión de grupo de pares, la relación joven comunidad y ocupación) y la conducta de consumo, no consumo de alcohol y los significados del consumo de alcohol varían según el lugar de residencia de los jóvenes (área rural y urbana).
3. Cuando los factores ambientales (familia, presión de grupo de pares, la relación joven comunidad y ocupación) ejercen fuertes restricciones en el comportamiento, emergen como determinantes de la conducta de

consumo o no consumo de alcohol.

4. Cuando los factores ambientales (familia, presión de grupo de pares, la relación joven comunidad y ocupación) son débiles, los factores personales biológicos (edad y sexo), afectivos (autoestima) y cognitivos (expectativas hacia el consumo de alcohol, autoeficacia de resistencia) actúan como la influencia predominante para el consumo o no consumo de alcohol.

Quinto paso: se redefinieron los nuevos conceptos de las proposiciones derivadas adaptadas en contenido a la temática de estudio y acordes con la teoría madre, considerando la evidencia científica.

Factores personales, definido como las características biológicas y físicas, además de incluir variables de carácter emocional, afectivas y cognitivas presentes en la persona. Por lo cual los factores personales se identificarán como biológicos (edad y sexo), afectivos (autoestima) y cognitivos (expectativas hacia el consumo de alcohol y autoeficacia de resistencia).

La autoestima definida como la percepción que el individuo tiene de sí mismo es representada por el resultado de una evaluación de todos los logros y valores de la persona hacia sí mismo (García & Musitu, 1999; Musitu & Murgui, 2007). En la evidencia encontrada se muestra la autoestima como un factor de riesgo o de protección para el consumo de alcohol (Moultapa, Weiss & Hermann, 2009; Villarreal-Gonzalez, Sánchez-Sosa, Musitu & Varela, 2010). No obstante, algunos estudios reportan que los jóvenes con baja autoestima presentan un alto consumo de alcohol (Calero, Schmidt & Bugallo, 2016; Taylor, Walker, Austin, Thoth & Weldn, 2011) y en otros estudios se observa que la autoestima alta se relaciona con el no consumo de alcohol (Álvarez, Alonso & Zanetti, 2014; Álvarez, Alonso & Zanetti, 2010).

Expectativas hacia el consumo de alcohol se definen como una serie de creencias respecto a los efectos positivos y negativos del consumo de alcohol, en los últimos años se ha atribuido mayor atención puesto que pueden explicar la conducta de consumo de alcohol en los jóvenes (González-Vázquez, López-García, Alonso-Castillo, Guzmán-Facundo, Álvarez-Bermúdez & Tizoc-Márquez, 2018; Trujillo, Martínez- González & Vargas, 2013). Según Brown (1980) a mayores expectativas positivas sobre los efectos del consumo de alcohol, existe mayor probabilidad de realizar la ingesta de alcohol, de tal forma que la persona que experimente el deseo de consumir alcohol requiere de la percepción, la disponibilidad, la intención y la expectativa de experimentar los efectos del alcohol.

La autoeficacia se refiere a la creencia que tiene la persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los

resultados deseados, es decir no implica habilidad, sino juicios de lo que la persona puede realizar con la habilidad que posea, de modo que la autoeficacia está implicada en el inicio o en la resistencia al consumo de alcohol (Bandura, 1986; López-Torrecillas, Salazar, García & Martínez, 2015). En la presente derivación se utilizará el término de autoeficacia de resistencia a la capacidad percibida por el joven para resistir y evitar la presión de consumir alcohol aún y que exista presión social.

Factores ambientales, se derivan en: la familia, clima familiar, la presión del grupo de pares, la relación que mantenga el joven con la comunidad y la ocupación.

La Familia es uno de los principales grupos para el desarrollo del individuo durante el curso de su vida (1) OMS (2018). Dentro de la familia cada uno de sus miembros tiene un papel como madre, padre o hijos, existen roles o funciones específicas para cada uno de ellos. Las funciones de la familia son dinámicas, los padres desempeñan el rol de modelos para los hijos. Si los padres desempeñan modelos con hábitos de no consumo de alcohol, los hijos muy probablemente desempeñaran las mismas conductas, por el contrario, sí la figura paterna o materna presenta la conducta de consumir alcohol, puede representar una influencia para que el joven realice el consumo de alcohol (Armendáriz- García, et al., 2015).

El clima familiar, es el proceso dinámico de relaciones interpersonales donde la familia comparte modos de existencia y sentimientos. El clima familiar es determinado por las situaciones que ocurren en la familia identificando el grado de cohesión afectiva entre ellos, la expresividad de opiniones y sentimientos entre los miembros de la familia y/o la presencia e intensidad de conflictos familiares (Fernández-Ballesteros & Sierra, 1984). Es escasa la evidencia del clima familiar y el consumo de alcohol, los estudios, se reportan una relación negativa del consumo de alcohol con la cohesión familiar (Jiménez, 2011). Sin embargo, no se encontró evidencia que explore la expresividad del clima familiar con el consumo de alcohol.

La presión del grupo de pares, se refiere la percepción de lo que los pares significativos piensan que el individuo debería hacer y se encuentra asociada con la motivación personal para cumplir los deseos de los otros (Londoño, Valencia, Sánchez & León, 2007). La presión puede estar representada por burlas, peticiones, ofrecimiento de la bebida, así como el conjunto de normas y acciones del grupo que de manera implícita le imponen al consumo de bebidas alcohólicas (Vera, et al, 2012).

Relación joven comunidad, es la relación que el joven tiene con la comunidad donde reside, sea área rural o urbana, esta relación será definida como la percepción que los jóvenes tienen sobre el lugar en el que residen, si el contexto

es seguro, si contribuye a la definición de pautas de control social, desarrollo, organización de sus miembros, aceptación por parte de los adultos. Estudios anteriores en jóvenes de población urbanizada han reportado que el apoyo, empoderamiento y la seguridad del barrio donde residen los jóvenes se relacionan con el no consumo de alcohol, las actividades para los jóvenes se relacionan con el consumo de alcohol (Brenner, Bauermeister & Zimmerman, 2011; Oliva, Antolín, Estévez & Pascual, 2012).

La ocupación se centra principalmente en actividades de remuneración o de ocio, se ha evidenciado que dentro de las actividades que realizan los jóvenes surge la interacción con otros jóvenes que pueden influenciar a la adopción de conductas de riesgo como el consumo de alcohol (Álvarez, Alonso & Zanetti, 2010).

La Conducta, se definirá como conducta de no consumo de alcohol, conducta de consumo de alcohol y significado de la conducta de consumo de alcohol. El no consumo de alcohol, que corresponde a la condición del individuo que nunca en su vida ha consumido bebidas alcohólicas (abstinencia) (OMS, 2018).

El consumo de alcohol se identifica mediante la prevalencia, que se define como el número de consumidores de alcohol en relación con el tamaño de la población total en un momento dado del tiempo. La prevalencia total o global es el número de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida; la prevalencia lápsica se conoce como el número de personas que consumieron alcohol en el último año; la prevalencia actual es el número de personas que han consumido alcohol en el último mes y la prevalencia instantánea es el número de personas consumidoras de alcohol en los últimos siete días (Secretaría de Salud, 2009). Asimismo, se identificara el tipo de consumo de alcohol, el consumo sensato, dependiente y dañino (De la Fuente & Kershenobich, 1992).

El significado de la conducta de consumo de alcohol, es atribuido por la persona y puede surgir fundamentalmente de modo en que la conducta le ha sido definida por aquellos individuos con quienes interactúa (Zapata & Posada, 2015). El significado del consumo de alcohol puede ser un producto social, no es estático sino dinámico, dado que se va construyendo y transformando con la interacción y las experiencias vividas dentro de un contexto determinado. Alvarado-Chacón, Lossi- Silva, Guzmán-Facundo, Serrano-Cazorla y Bencomo en el (2011), señalan la importancia que tiene el comprender la conducta de consumo de alcohol en función de lo que significa esta conducta para los jóvenes. En la Figura 2 se muestra el Modelo de la Conducta de Consumo y No Consumo de Alcohol en Jóvenes del Área Rural y Urbana derivado del modelo de reciprocidad triádica de la TCS.

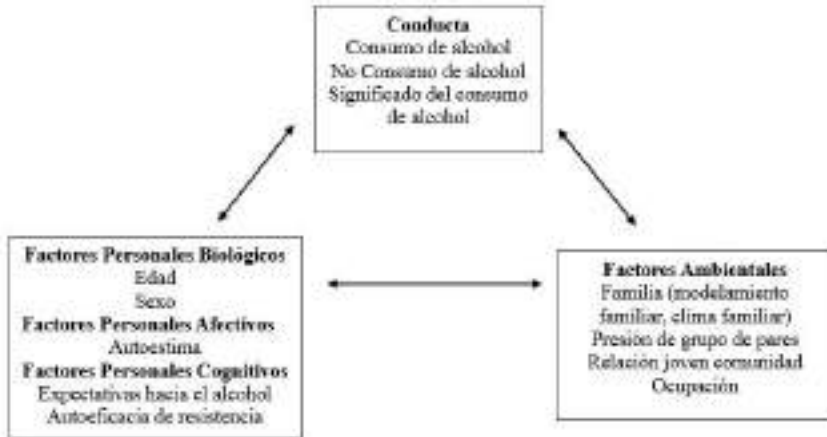


Figura 2. Modelo de la Conducta de Consumo y No Consumo de Alcohol en Jóvenes del Área Rural y Urbana.

RESULTADOS

Posteriormente a la construcción del modelo (Figura 2) se construyó una estructura Conceptual-Teórico-Empírica (C-T-E) basa en la técnica de formalización Conceptual-Teórico-Empírica descrita por Fawcett (1999). La estructura determinar exactamente los conceptos de la teoría madre posteriormente se presenta la teoría de rango medio derivada a un fenómeno específico y finalmente se muestran los indicadores empíricos que pueden medir cada uno de los conceptos de la teoría de rango medio, lo que apoya al investigador a identificar los métodos de investigación viables. A continuación, se presenta la figura C-T-E.

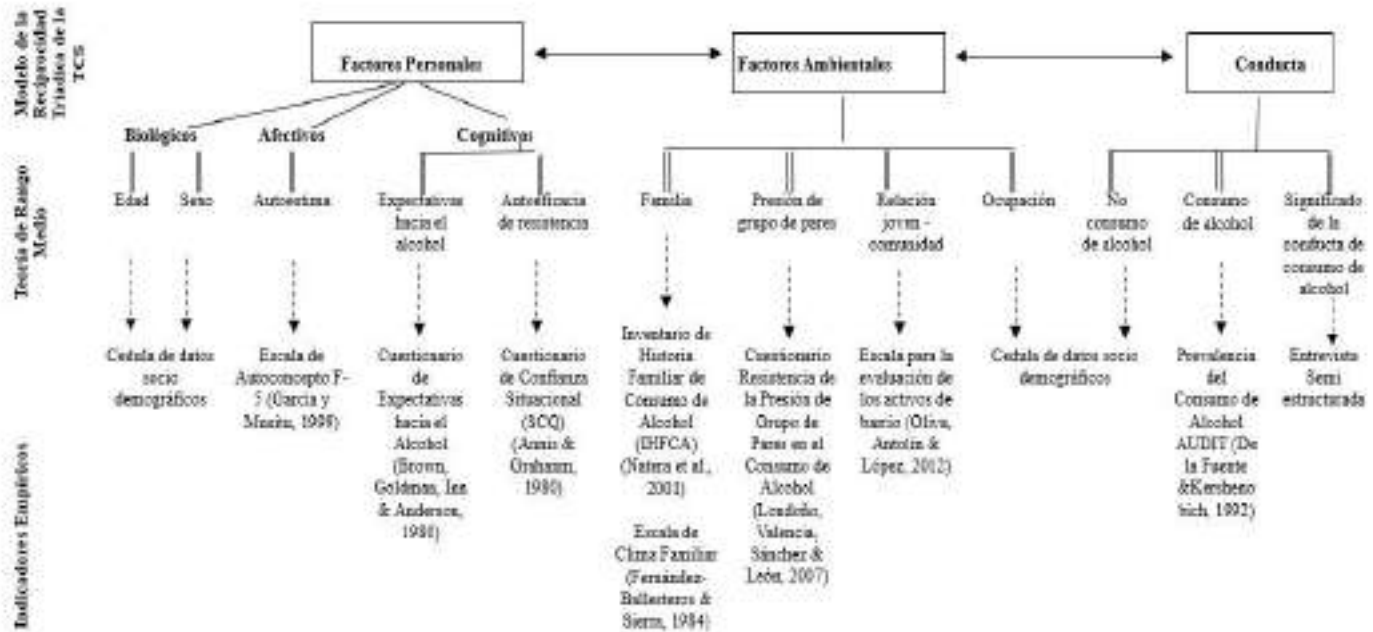


Figura 3. Estructura Teórica-Conceptua-Empírica.

CONCLUSIÓN

El uso de teorías en los estudios de investigación permite ser una guía para la explicación y comprensión de fenómenos particulares. Es imprescindible que la teoría que se haya seleccionada sea la apropiada para la explicación del fenómeno de estudio. Por su parte los modelos teóricos y las teorías están constituidas por conceptos muy generales y muy abstractos, es por ello que al realizar las derivaciones teóricas, se hacen acercamientos a teorías de rango medio que permiten explicar de forma específica fenómenos, dado que las teorías de rango medio proveen las herramientas definidas (contextualizadas) para ser utilizadas en la investigación y la práctica.

En el presente artículo se hizo uso de la derivación teórica propuesta por Walker y Avant (2011) y a su vez la aplicación de la derivación T-C-E de Fawcett (1999). Se puede señalar que la utilización de ambos métodos (Fawcett, 1999; Walker & Avant, 2011) fue apropiada para derivar y generar un acercamiento a una teoría de rango medio para explicar la conducta de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes del área rural y urbana, a través de los factores personales y factores ambientales.

Asimismo el estudiar la conducta de alcohol desde la perspectiva de enfermería apoya en el crecimiento propio de la disciplina de enfermería, dado que al generar teoría provee lineamientos para guiar la práctica y para la generación de intervenciones con elementos claves y principales para la prevención y/o reducción del consumo de alcohol en la población específica sean rurales o urbanas.

Con base a la derivación teórica propuesta, se recomienda realizar la comprobación en la población específica de jóvenes del área rural y urbana, para identificar factores personales y ambientales que muestran mayor relación con el no consumo de alcohol o consumo de alcohol. Lo que a futuro ayudará al diseño de intervenciones de enfermería enfocadas a prevenir y/o reducir el consumo de alcohol en dichas poblaciones incluyendo contenidos que tengan el objetivo de reforzar los factores relacionados al no consumo de alcohol.

LITERATURA CITADA

Alvarado-Chacón, R., Silva, M. A. I., Guzmán-Facundo, F., Serrano-Cazorla, R. I., & Bencomo, A. (2011). Significado del consumo de drogas para las adolescentes de la calle, en la ciudad de Valencia, Venezuela. *Revista*

- Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 746-752.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968011>
- Álvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M. M., & Zanetti, A. C. G. (2014). Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 1056-1062.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3570.2516>
- Álvarez, A. Á., Castillo, M. M. A., & Zanetti, A. C. G. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Alcohol Consumption and Self Esteem in Adolescents.*, 18, 634-640.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939021>
- Armendáriz-García, N. A., Almanza-López, J. B., Alonso-Castillo, M. T. D. J., Oliva-Rodríguez, N. N., Alonso-Castillo, M. M., & López-Cisneros, M. A. (2015). La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente.: Perspectiva de enfermería. *Aquichan*, 15(2), 219-227.
<http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.6>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*: Prentice-Hall, In
- Brenner, A. B., Bauermeister, J. A., & Zimmerman, M. A. (2011). Neighborhood variation in adolescent alcohol use: examination of socioecological and social disorganization theories. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72, 651-659.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.651>
- Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A., & Anderson, L. R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol their domain and relation to drinking patterns. *J Consult Clin Psychol*, 48, 419-426.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.48.4.419>
- Calero, A. D., Schmidt, V., & Bugallo, L. (2016). Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 16(1), 49-58.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611005>
- Castaña Pérez, Guillermo Alonso, García del Castillo, José Antonio, & Marzo Campos, Juan Carlos. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 47-54.
- De la Fuente & Kershenovich. (1992). El Alcoholismo como problema Médico. *Revista de la Facultad de Medicina*. UNAM, 35 (2), 45-51.
- Fawcett, J. (2005). Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*, 5(1), 32-43.

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a04.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. & Sierra, B. (1984). Escalas de clima social [Social climate scales]. Madrid: TEA

García, F., & Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA

González-Vázquez, A., López-García, K. S., Alonso-Castillo, M.M., Guzmán-Facundo, F.R., Álvarez-Bermúdez, J., & Tizoc-Márquez, A. (2018). Expectativas del consumo de alcohol y consumo de alcohol en jóvenes de áreas rural y urbana. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(19),49-59. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3882/388258241006>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2017: Reporte de Alcohol. www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Jiménez, T. I. (2011). Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. (Spanish). *PsychosocialIntervention / Intervencion Psicosocial*, 20(1), 53-61. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a6>

Londoño, C., Valencia, S., Sánchez, L. & León, V. (2007). Diseño del Cuestionario de Resistencia a la Presión de Grupo en el consumo de alcohol (CRPG). *Suma Psicológica*, 14 (2), 271-288. Bogotá, Colombia. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134216871005>

López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4). <http://www.psicothema.com/pdf/3768.pdf>

López-Torrecillas F., Salazar I., García R & Martínez R. (2015) Autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Psicología Conductual*, 23 (2) 325-343

Mouttapa, M., Weiss, J. W., & Hermann, M. (2009). Is image everything? The role of self-image in the relationship between family functioning and substance use among Hispanic adolescents. *Substance Use & Misuse*, 44(5), 702-721. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10826080802486830>

Musitu, G., Jiménez, T., & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49(1), 3-10. https://www.uv.es/lisis/gonzalo/8_musitu.pdf

Oliva, D. A., Antolín, S. L., Estévez, C. R. M., & Pascual, G. D. M. (2012).

- Activos del barrio y ajuste adolescente. *Psychosocial Intervention*, XX(X), 1-11. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012v21n1a1>.
- Organización Mundial de la Salud, (2018). El consumo de alcohol Nota descriptiva.
- Secretaría de salud Mexicana, N. O. NOM-028-SSA2-2009-Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Taylor, M. J., Walker, T. L., Austin, C. C., Thoth, C. A., & Welch, D. Z. (2011). The influence of cultural identification, religiosity, and self-esteem on alcohol use among African American, Hispanic, and White adolescents. *Western Journal of Black Studies*, 35(2), 139. <https://search.proquest.com/docview/1018074463?accountid=14542>
- Trujillo, Á. M., & Florez, I. A. (2013). Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su Percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al Uso de Sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*. 22(1), 41-57.
- Vera, N. C. D., Aguilera, M., Batura, R., Campos, F., Canese, M., González, A., & Triderman, P. (2012). Presión de grupo y consumo de alcohol en estudiantes del curso probatorio de ingreso de universidad privada. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(2), 196-216
- Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. (2010) El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención psicosocial*;19(3):253-64. doi:<http://dx.doi.org/10.5093/in2010v19n3a6>
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5ta ed., p. 11). Norwalk, CT: Appleton & Lange
- Zapata, E. P., & Posada, I. C. (2015). Significados al consumo de alcohol en habitantes de una comunidad rural, Antioquia, Colombia, 2010-2011. *Ciencias de la salud*, 13(1), 77-90. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56238624007>

SÍNTESIS CURRICULAR

Annel González Vázquez

Maestra en Ciencias de enfermería, Doctora en Ciencias de enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, mención Cum Laude por la UANL. Miembro activo de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau. Coordinador de clase

Clínica y comunitaria de la Facultad de Enfermería (UANL), Asesor de proyectos de investigación, profesor e investigador de la Facultad de Enfermería (UANL). Autor de artículos y capítulos de libros en la línea de investigación prevención de adicciones. Correo electrónico: annel_10_7@hotmail.com.

Karla Selene López García

Doctora en Enfermería por la Universidade de São Paulo, Profesora de Tiempo Completo de la facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, miembro de Honor Society of Nursing Sigma Theta Tau International, miembro del Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones trabajando proyectos de investigación en conjunto de manera disciplinaria y multidisciplinariamente, autor de artículos y capítulos de libro con enfoque en prevención de adicciones, Director de tesis de los Programas de Maestría en Ciencias de Enfermería y Doctorado en Ciencias de Enfermería. Correo electrónico: ksg2001@hotmail.com

Arodi Tizoc Márquez

Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Baja California, Integrante del Comité Interinstitucional para la Formación y Capacitación de recursos humanos e investigación en Salud en Baja California, miembro de Honor Society of Nursing Sigma Theta Tau International, autor de artículos y capítulos de libro con enfoque en el consumo de drogas y atención comunitaria. Correo electrónico: atizoc@uabc.edu.mx

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

PROBLEM SOLVING AND SELFCARE IN PATIENTS WHIT TYPE DIABETES 2

Patricia Enedina **Miranda-Félix**¹; Rosario Edith **Ortiz-Félix**² y Bertha Cecilia **Salazar-Gonzalez**³

Resumen

Objetivo; determinar la asociación de resolución de problemas para el autocuidado de diabetes Tipo 2 (alimentación, ejercicio y medicamentos), autocuidado de DT2, apoyo social percibido, años de diagnóstico y escolaridad. Estudio descriptivo correlacional en 238 adultos con diabetes. Los pacientes se seleccionaron aleatoriamente. Para medir las variables de interés se utilizó la escala de resolución de problemas en autocuidado de diabetes, apoyo social en pacientes con diabetes, actividades de autocuidado en diabetes. Se realizaron mediciones antropométricas (peso, estatura, circunferencia de cintura) para medir la composición corporal del participante y bioquímicas (A1C). La resolución de problemas en autocuidado está condicionada por edad y apoyo social, pero no por escolaridad o años de diagnóstico. A

mayor puntaje en la subescala resolución de problemas efectiva en autocuidado de DT2 mayor autocuidado en alimentación. Sin embargo, fue la subescala de autocuidado en medicamentos la que obtuvo mayor puntaje. Es importante que enfermería involucre la familia en el apoyo del cuidado del paciente. Al parecer los pacientes consideran que el medicamento debe controlar la enfermedad.

Palabras clave: Problem Solving, Diabetes, Autocuidado, Control Glucémico, Apoyo Social (DeCs).

Abstract

Objective; determine the problem-solving association for self-care of Type 2 diabetes (food, exercise and medications), self-care of DT2, perceived social support, years of diagnosis and schooling. Descriptive correlational study in 238 adults with

¹ Doctora en Ciencias en Enfermería, Profesora Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Doctora en Ciencias en Enfermería, Profesora Investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

³ Doctora en Ciencias en Enfermería, profesora Investigadora de tiempo completo, facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

diabetes. The patients were randomly selected. To measure the variables of interest, select the scale of problem solving in diabetes self-care, social support in patients with diabetes, diabetes self-care activities. Anthropometric measurements (weight, height, waist circumference) were measured to measure the participant's body composition and biochemistry (A1C). The resolution of problems in self-care is conditioned by age and social support, but not by schooling or years of diagnosis. A mayor score on the subscale resolves

effective problems in self-care of DT2 greater self-care in food. However, it was the subscale of self-care in medicines that obtained the highest score. It is important that nursing involves the family in supporting patient care. It seems that patients believe that the medication should control the disease.

Key words: Problem solving, Diabetes, Glycemic Control, Social Support, Self-care (DeCs).

INTRODUCCIÓN

La diabetes representa uno de los principales problemas de salud pública, al ocupar los primeros lugares de mortalidad y morbilidad general en México. Las tasas de mortalidad y morbilidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400, 000 casos nuevos (ENSANUT, 2016). En el estado de Nuevo León, este padecimiento ha ocupado la tercera causa de mortalidad general en los últimos cinco años (Plan de Desarrollo Estatal, 201-2015). La diabetes mellitus tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica de etiología múltiple, genética-ambiental (alimentación, sedentarismo, estrés, entre otros). Se considera una enfermedad compleja que requiere atención médica continua (Asociación Americana de Diabetes [ADA], 2017).

La enfermedad puede ser controlada y retrasar la aparición de complicaciones si el paciente sigue el tratamiento prescrito (alimentación, ejercicio, medicamentos, entre otros). Las complicaciones generan una considerable carga financiera disminuyendo además la calidad de vida del paciente (PharmD et al., 2017). Para evitar o retrasar sus complicaciones se requieren grandes cambios en el día a día por parte de los pacientes y sus familias en el manejo del tratamiento de la enfermedad (Arredondo & De Icaza, 2011; Funnell, Brown & Childs, 2010).

El manejo de la enfermedad comprende un régimen complejo de atención médica y auto cuidado de las demandas que este padecimiento plantea en la vida diaria de quien la padece; esto incluye llevar una alimentación balanceada y saludable, ejercicio regular, control de peso, autocontrol de la glucosa en sangre, ajuste de la medicación, monitoreo de extremidades inferiores, reconocer episodios de híper o hipoglucemia para actuar en consecuencia, asistencia periódica al médico, entre otras; tareas que deben ser realizadas por el resto de su

vida (American Diabetes Educators Association [AAED], 2018). Sin embargo, el bajo porcentaje de personas con adecuado control sugiere que el cumplimiento del tratamiento de la DT2 es deficiente. Según la Encuesta Nacional de Salud (2012) del total de personas con DT2 en el 2012 sólo el 24.5% presentó evidencia de adecuado control metabólico.

En ese sentido la Asociación Americana de Educadores de Diabetes identifica la resolución de problemas como una de las siete conductas centrales del AC en diabetes. Para Orem, (2001) el auto cuidado es un comportamiento aprendido que incluye la generación de estrategias de resolución de problemas: selección de la estrategia más adecuada, su aplicación y la evaluación de su efectividad (AAED, 2017; Fortes, Lopes, Araujo, 2010). En el contexto de la diabetes la resolución de problemas se conceptualiza como una capacidad esencial del paciente con DT2 para realizar con éxito las tareas de AC (Na Shin, Hill-Briggs, Langan, Payne, Lyketsos & Golden, 2017). La solución de problemas es una habilidad necesaria para el cuidado eficaz de la diabetes (Asociación Americana de Educadores de Diabetes [AAED], 2018). Sin embargo, se desconoce si las personas con DT2 que asisten a programas de educación en diabetes han desarrollado esa habilidad.

La resolución de problemas en la investigación se ha enfocado como proceso general de toma de decisiones y no como una aproximación a las decisiones específicas que enfrenta el paciente con DT2 para cumplir con las actividades de cuidado que su padecimiento le demanda en la vida diaria, como qué hacer en situaciones que el paciente conoce le pueden afectar o comprometen el cuidado de su diabetes (Hill-Briggs, Gemmell, Kulkarni, Klick & Frederick, 2007; Glasgow, Fisher, Skaff M, Mullan & Toobert, 2007), Pocos estudios han examinado las conductas de auto cuidado (AC) como factores asociados a la resolución de problemas para el buen control glucémico de pacientes con diabetes.

El paciente con DT2 pasa por diferentes etapas en el transcurso de la enfermedad en las que se enfrenta con diferentes situaciones; para el buen manejo de su enfermedad requiere toma de decisiones diariamente respecto a su alimentación, actividad física, automonitoreo e interpretación de niveles de glucosa y medicamentos (ADA, 2017). En ese sentido y debido a su papel en el día a día, la resolución de problemas es importante para el AC de la diabetes (AAED, 2017).

De acuerdo con lo anterior el bajo porcentaje de pacientes en buen control, sugiere que los pacientes en México no cumplen con las actividades de cuidado que su enfermedad requiere para estar en control (ENSANUT, 2013-2018) y por ende no hacen frente a la problemática que la DT2 les presenta. Entre los factores que podrán influenciar el manejo de la enfermedad, se destacan, el apoyo social, los años de diagnóstico con la enfermedad y la escolaridad; el apoyo social

considerado como un proceso complejo y dinámico que involucra a los individuos y sus redes sociales, con el propósito de satisfacer sus necesidades, proveer y complementar los recursos que poseen y de esta forma, enfrentar nuevas situaciones (Martins, 2005).

Al respecto algunos estudios reportan asociación entre apoyo social y adhesión al tratamiento (alimentación, ejercicio y medicamentos), es decir que cuanto mayor es la percepción de apoyo social, mayor es la adhesión al tratamiento (Kristin, 2018; Stephens et al. 2013; Gomes-Villas, Foss de Freitas & Pace, 2012). Wang, J., Zgibor, J., Matthews. J. T., Charron-Prochownik, D., Sereika, S. M. & Simineiro, L. (2012). Mostraron en su estudio que los años de diagnóstico que vive el paciente con la enfermedad y los años de escolaridad que ha cursado son factores predictores para la resolución de problemas, cuando se tienen niveles de glucosa en sangre altos o bajos. Por lo tanto, en este estudio se exploró la asociación entre la resolución de problemas para el AC de DT2 (alimentación, ejercicio y medicamentos), Autocuidado de DT2, apoyo social, años de diagnóstico y escolaridad.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio, descriptivo correlacional, transversal, se incluyeron 238 pacientes con DT2 de 18 a 70 años que acudían a control a la Asociación Mexicana de Diabetes de Monterrey, Nuevo León. La selección de pacientes se hizo en forma aleatoria a partir del listado de pacientes de la Asociación Mexicana de Diabetes (Burns, 2016).

El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor (Elashoff, Dixon & Crede, 2002) para un nivel de significancia de .05, una potencia de prueba de 90% y tamaño de efecto de .07 (R^2) en el contraste de no significancia del modelo de regresión lineal múltiple con 6 variables independientes, resultando 238 pacientes. Se excluyeron a las participantes que refirieron estar embarazadas o lactando, esto debido a que su condición pudiera alterar los niveles de glucosa (ADA, 2018).

Procedimientos y mediciones

Previo al levantamiento de datos, se obtuvo la autorización de las comisiones de Ética, Investigación y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de los directivos de la asociación de

diabetes. Se acudió a la institución de salud y se realizó la selección de los pacientes en forma aleatoria a partir del listado de pacientes de la Asociación Mexicana de Diabetes. Una vez seleccionados los pacientes potenciales fueron contactados por el investigador principal vía telefónica para invitarles a participar en el estudio, se les explicaba el objetivo de este y a los que aceptaban se les citaba en las instalaciones de la Asociación Mexicana de Diabetes para continuar con su participación.

Se corroboraban los criterios de elegibilidad; quienes reunían los criterios y confirmaban su deseo de participar, firmaban el consentimiento informado, se les explicó el posible riesgo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987). Se realizaron mediciones antropométricas y de lápiz y papel; la prueba de A1C se realizó a los primeros 50 pacientes (por razones económicas del investigador principal). Las mediciones antropométricas comprendieron composición corporal, peso, estatura y circunferencia de cintura. Las mediciones de lápiz y papel consistieron en cuatro instrumentos y una cédula de datos.

El peso se midió con un mínimo de ropa y con los pies descubiertos en un analizador de composición corporal TANITA TBF-300 A ®, para lo cual se introdujeron datos de sexo, edad, estatura y complejión correspondiente a la persona que se evaluó y con ello se obtuvo el IMC y composición corporal. La estatura se midió de acuerdo a la técnica estandarizada con estadímetro metálico portátil marca Seca el cual mide hasta 1.95 metros, con la persona en bipedestación haciendo coincidir su línea media sagital con la línea media del estadímetro.

La circunferencia de cintura fue medida con una cinta métrica de fibra de vidrio (marca Seca, modelo 201, con un alcance de medición de 15 a 205 cm). De acuerdo al IMC se clasificó a los pacientes en obesidad/sobrepeso/peso normal/bajo peso con base a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana (2010). Se utilizó la circunferencia de cintura para describir obesidad abdominal de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, (IDF, 2017 por sus siglas en inglés). Posterior a las mediciones antropométricas contestaban los cuestionarios; (cédula de datos demográficos, escala de resolución de problemas en el AC de DT2, cuestionario de actividades de cuidado en diabetes para pacientes con DT2 y cuestionario de apoyo social).

La escala de resolución de problemas en el AC de DT2 versión adaptada y validada por autor principal (Miranda-Félix, Salazar-González, Gallegos-Cabriales, Valles-Ortiz, Ortiz-Félix, 2015) de la escala de solución de problemas en salud de Hill-Briggs *et al.* (2007). Se usaron 19 reactivos con dos subescalas denominadas efectiva con ocho reactivos y evitativa con 11 reactivos con un patrón de respuestas de 0 = nada cierto a 4 = totalmente cierto. Los valores de los reactivos que corresponden a la subescala evitativa se invierten de manera que a

menor puntaje significa más conducta evitativa en la resolución de problemas (es decir el paciente no cumple con las actividades de autocuidado que su enfermedad le demanda) y a mayor puntaje en la subescala efectiva mayor resolución de problemas (es decir que el paciente cumple con las actividades de cuidado requeridas por su enfermedad).

El cuestionario de actividades de cuidado en diabetes para pacientes con DT2 de Toobert *et al.* (2000). consta de cuatro sub escalas (alimentación, ejercicio, medicamentos y cuidado de los pies) para fines de este estudio se utilizaron las primeras tres subescalas por considerar que son las que inciden en el control de la glucosa, con 10 reactivos; cinco de las preguntas están relacionadas con alimentación, dos con ejercicio, y tres con medicamentos indicados. Se pregunta por la frecuencia con la que llevaron a cabo actividades de cuidado o para la diabetes durante los siete días previos a la entrevista los cuales se enumeran a continuación.

1) AC en alimentación, se consideró positivo cuando en los reactivos uno, dos y tres se obtenía puntaje mayor o igual a cinco días en cada reactivo, y los reactivos cuatro y cinco obtenían puntaje mayor o igual a cuatro días cada uno es decir al menos 23 puntos. 2) AC en ejercicio, se consideró positivo cuando los reactivos seis y siete obtuvieron puntaje igual o mayor a cinco días, es decir al menos 10 puntos. 3) AC en medicamentos, se consideró positivo cuando la pregunta ocho y 10 fue igual o menor a dos días, la pregunta número nueve era positiva cuando obtuvo puntaje igual o mayor a cinco días, es decir al menos 9 puntos. Este cuestionario ha sido utilizado en población mexicana, Alpha de Cronbach entre 0.74 y 0.85. (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000).

El cuestionario Apoyo Social en Diabetes Toljamo (2000), consta de cinco sub-escalas (Apoyo emocional e instrumental de familia y amigos, apoyo informacional, apoyo negativo, soporte financiero) con 12 reactivos. La escala de respuesta es de tipo Likert, con valores de 1-5, donde 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Los valores oscilan entre 12 a 60 puntos; el valor más alto significa mayor nivel de apoyo. La puntuación total se obtiene invirtiendo los valores de los reactivos planteados de manera negativa. En México se ha utilizado con pacientes con DT2, reportando alfa de .61 (Castro, 2012). Para este estudio el alfa de Cronbach fue de .84. Para los instrumentos se obtuvieron índices de 0 a 100 puntos.

La A1C, se realizó en sangre venosa. Se extrajo 1 ml y se colocó en un tubo con tapa color lila con anticoagulante de sal disodicatristopásica ácido etilendiaminotetraacético (EDTA). La extracción de la muestra se realizó por el investigador principal, en la Asociación Mexicana de Diabetes. La muestra fue trasladada en neveras a temperatura de 4°C, el traslado se llevó a cabo en automóvil para su procesamiento en un laboratorio de análisis químico-clínico

certificado por el Centro de Aseguramiento de la Calidad (PACAL). El resultado de la A1C, se clasificó según criterios específicos. Se consideró como buen control glucémico los valores menores a 7% mg/dl y como mal control los valores mayores a 7.1% mg/dl, de acuerdo con cortes establecidos por la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria (NOM-015-SSA2-2010).

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Para verificar la distribución de frecuencias de las variables numéricas se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Se utilizó estadística descriptiva y estadística inferencial no paramétrica por no encontrar distribución normal. Se llevó a cabo análisis bivariado a través del coeficiente de correlación de Spearman para explorar la relación entre la resolución de problemas, manejo de AC de DT2 (alimentación, ejercicio y medicamentos) y apoyo social. Se utilizó la prueba U de Mann Whitney para diferencia de medianas de resolución de problemas en los pacientes < 10 años y > 10 años de diagnóstico y se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con la técnica de Bootstrap para explorar el efecto de las variables y se reporta el resultado de Beta no estandarizada; apoyo social percibido, años de diagnóstico y escolaridad en la resolución de problemas de problemas para el autocuidado de DT2.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 238 pacientes con diagnóstico de DT2. Del total de la muestra el 59.7% ($n_1 = 142$, IC 95% [LI = 56; LS = 62]) fue mujer y el 40.3% ($n_2 = 96$, IC 95% [LI = 34; LS = 46]) hombre, el promedio de edad fue de 54.61 años ($DE = 11.2$; IC 95% [LI = 53.19; LS = 56.04]) y 11 años de educación formal ($DE = 4.7$; IC 95% [LI = 10.40; LS = 11.60]). En promedio los pacientes tenían 10 años ($DE = 8.8$; IC 95% [LI = 8.99; LS = 11.23]), de haber sido diagnosticados con DT2 con más de 10 años 113 (47.5%), y habían recibido 9.7 ($DE = 8.0$) sesiones de educación para su tratamiento en alimentación, ejercicio y medicamentos.

El promedio de personas que viven con el paciente fue de 2.76 ($DE = 1.84$; IC 95% [LI = 2; LS = 3]). El 36.6% ($n = 87$, IC 95% [LI = 30; LS = 42]) de los pacientes señaló dedicarse al hogar, el 17.2% ($n = 41$, IC 95% [LI = 0; LS = 33]) refirieron estar pensionados o jubilados, el 20% ($n = 48$, IC 95% [LI = 04; LS = 36]) señalaron ser profesionistas y el resto reportó trabajar de taxista, vendedor ambulante, electricista o chofer para un particular, el 71.4% ($n = 170$, IC 95% [LI = 61; LS = 80]) vivían con pareja y el resto solos.

Índice										
RP ^a	77.9	81.2	19.9	73.8	81.9	77.5	81.2	16.5	74.7	80.2
Efectiva										

Nota: IMC= Índice de Masa Corporal; CC= Circunferencia de Cintura; A1C=Hemoglobina Glucocilada; IC= Intervalo de Confianza, Mdn= Mediana, DE= Desviación Estándar, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior, AC= Autocuidado, RP= Resolución de Problemas, ^an = 238; ^bn₁= 50.

Fuente: Elaboración propia.

Las frecuencias y porcentajes de las variables antropométricas y bioquímicas por sexo de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales se detallan en la Tabla 2. El dato más relevante es el bajo porcentaje de individuos clasificados con IMC dentro de parámetros de normalidad; el 90% de los pacientes presentó sobrepeso u obesidad. Los resultados de circunferencia de cintura muestran que las mujeres presentan mayor obesidad abdominal que los hombres.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de IMC, Circunferencia de cintura por sexo de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana

IMC	Mujer		Hombre		Total	
	f	%	f	%	f	%
Normal 18.5 < IMC < 25	12	8.5	14	14.6	26	10.9
Sobrepeso 25 ≤ IMC < 30	43	30.3	44	45.8	87	36.6
Obesidad 30 ≤ IMC	87	61.3	38	39.6	125	52.5
Circunferencia de cintura						
Normal: M < 90 cm H < 100 cm	44	31.0	43.0	52.1	87	41.2
Obesidad Abdominal cm	98	69.0	53.0	44.8	151	58.8

Nota: IMC: Índice de Masa Corporal; M = mujer, H = hombre, Circunferencia de cintura en hombre ≥ 100, en mujeres ≥ 90 = obesidad abdominal; n = 238.

Fuente: Elaboración propia.

Al clasificar las actividades de AC (medicamentos, ejercicio y alimentación) positiva y negativa se puede observar que los pacientes se apegan más al medicamento (n = 190; 79.8%), seguido del ejercicio (n = 71; 29.8%), y mucho menos proporción a la alimentación (n = 12; 5%), solo cuatro pacientes señalaron cumplir con las tres actividades de AC. Se observa que los hombres

realizan más actividades de AC de la DT2 que las mujeres. Las mujeres refieren cumplir más con la alimentación y ejercicio (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de actividades de autocuidado por sexo

Autocuidado			Mujer		Hombre		Total	
Alim.	Ejer.	Med.	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
A+	E+	M+	1	25.0	3	75.0	4	1.8
A+	E+	M-	1	33.3	2	66.7	3	1.4
A+	E-	M+	3	75.0	1	25.0	4	1.8
A-	E+	M+	33	58.9	23	41.1	56	23.5
A+	E-	M-	1	100.0	0	0.0	1	0.0
A-	E-	M+	76	59.8	51	40.2	127	53.4
A-	E+	M-	5	62.5	3	37.5	8	3.4
A-	E-	M-	22	52.9	13	48.1	35	14.7

Nota: Alim.= Alimentación; A+= Cumple/Alimentación = reactivos 1, 2 y 3 el puntaje sea ≥ 5 puntos y el reactivo 4 y 5 el puntaje sea ≥ 4 puntos; Ejer= Ejercicio; E+= cumple/Ejercicio = reactivos 6 y 7 el puntaje sea ≥ 5 ; Med.= Medicamento; M+=cumple/Medicamento= reactivos 8, 9 y 10 el puntaje sea ≥ 9 puntos.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 los coeficiente de correlación de Spearman mostraron relación positiva entre la resolución de problemas efectiva y las actividades de AC en alimentación ($r_s = .22, p < .01$) y apoyo social percibido ($r_s = .19, p < .01$); y relación negativa entre la resolución de problemas evitativa y AC en alimentación ($r_s = -.37, p < .01$), ejercicio ($r_s = -.17, p < .01$), medicamentos ($r_s = -.30, p < .01$) y apoyo social ($r_s = -.17, p < .01$). A mayor puntaje en la subescala de resolución efectiva mayor autocuidado en alimentación y apoyo social percibido, por el contrario, a mayor puntaje en la subescala evitativa menor autocuidado en alimentación, ejercicio y medicamentos y menos apoyo social percibido. En la Tabla 5 la prueba U de Mann-Whitney mostró que no existe diferencia en la resolución de problemas entre los pacientes con menos de 10 años ($n = 125$) y más de 10 años ($n = 113$) de diagnóstico de la diabetes ($U = 6640.50, p = .43$).

Tabla 4. Asociación de resolución de problemas, actividades de autocuidado y apoyo social

Variable	Actividades de autocuidado de DMT2				
	Alimentación	Ejercicio	Medicamentos	Apoyo social	AIC
	r_s	r_s	r_s	r_s	r_s
RP Efectiva	.22**	.11	.08	.19**	-.07
RP Evitativa	-.37**	-.17**	-.30**	-.17**	.04

Fuente: construcción propia, RP= Resolución de Problemas, * $p < .05$ ** $p < .01$.

Tabla 5. Diferencia de medianas de resolución de problemas en los participantes <10 años y >10 años de diagnóstico

	<10 años	>10 años	U-Mann Whitney	Valor de p
	(n=125)	(n=113)		
Resolución de problemas	76.3	77.6	6640.50	.43

Fuente: construcción propia, n=238.

La Tabla 6 presenta el modelo de regresión múltiple en el que se introdujeron como variables predictoras la edad, años de diagnóstico de DT2, escolaridad y apoyo social y como variable dependiente la resolución de problemas en el autocuidado de diabetes. El modelo resultó significativo ($F= 6.18, p<.001$), con una varianza explicada del 8%. La edad ($B = .167, p < .01$) y el apoyo social ($B = .256, p < .01$) contribuyen significativamente a las habilidades con RP en AC. Por cada año de incremento en la edad del paciente aumenta .167 la habilidad para resolver problemas y por cada unidad de incremento en la percepción de apoyo social del paciente con DT2, aumenta .256 la habilidad para resolver problemas, cuando el resto de las variables del modelo de regresión lineal se mantienen constantes.

Tabla 6. Resumen de Modelo de Regresión Múltiple: Predictores para la resolución de problemas en el autocuidado de diabetes

Variable dependiente	IC 95%			
	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>
Resolución de problemas				
Constante		.01**	39.068	59.613
Edad	.167	.01**	.036	.293
Años de diagnóstico	.057	.38	-.092	.234
Escolaridad	.055	.39	-.160	.414
Apoyo social percibido	.256	.01**	.096	.275
R ² ajustada (%)		8		
F		6.18**		

Nota: $n=238$.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue explorar la asociación entre la capacidad de resolución de problemas en autocuidado de DT2 y las actividades de autocuidado en DT2 (alimentación, ejercicio y medicamentos) en adultos mexicanos con la enfermedad y el apoyo social percibido, años de diagnóstico y escolaridad. Los resultados mostraron que a mayor puntaje en la subescala de resolución de problemas efectiva en autocuidado de DT2 mayor autocuidado en alimentación y apoyo social percibido. Orem señala que la capacidad de autocuidado determina el autocuidado; en este estudio esto se cumple solo para el autocuidado en alimentación. En ese sentido Hunt, (2012) mostró que el apoyo social y la resolución de problemas se asocian significativamente con el AC de diabetes (Kristin, 2018). Por el contrario, los pacientes que perciben menos apoyo social obtienen mayor puntaje en resolución de problemas evitativa.

Al revisar los promedios de cada reactivo de la subescala de resolución de problemas en autocuidado de DT2 efectiva los más altos corresponden a los reactivos de alimentación, seguido de medicamentos y ejercicio, semejante a Hill-

Briggs et al. (2007). Sin embargo, de acuerdo con los puntos de corte para actividades de AC una mayor proporción de pacientes señaló apegarse al medicamento, seguido de una tercera parte a la alimentación y una mínima parte al ejercicio. Esto sugiere que los pacientes reconocen los problemas que pueden tener si no cuidan su alimentación, lo que no se traduce en práctica de autocuidado en alimentación, semejante a lo que expresan los pacientes con diabetes en el estudio de García-Reza, Alvirde-Vara, Landeros-López, Solano-Solano & Medina-Castro (2015).

Un dato adicional importante para resaltar es que todos los pacientes de este estudio habían recibido educación en diabetes por parte de la Asociación Mexicana de Diabetes, sin embargo, se observa que la mayoría presentaba sobrepeso u obesidad. Lo anterior es congruente con el bajo porcentaje de pacientes que señaló cumplir con la alimentación (5%) y ejercicio, como ya se mencionó resalto anteriormente el alto porcentaje de participantes refiere mayor cumplimiento con el medicamento. Datos que coinciden con otros estudios Amezcua- Macías, Rodríguez & Diaz-Greene, (2015), Terechenko, Baute & Zamonsky, (2015), Troncoso, Delgado & Rubilar, (2013). Al parecer los pacientes le dan mayor importancia al medicamento que a cuidar lo que comen y a hacer ejercicio. Algunos pacientes manifestaron que si no toman el medicamento se sienten mal, dato que coincide con García-Reza, Alvirde-Vara, Landeros-López, Solano-Solano & Medina-Castro (2015). Considerando que la diabetes no es diagnosticada en forma oportuna y al no seguir el plan de alimentación y ejercicio recomendado es probable que los pacientes experimenten síntomas de hiperglucemia cuando no toman el medicamento, situación que contribuya a apegarse al medicamento.

No se encontraron diferencias significativas entre la resolución de problemas para el AC (alimentación, ejercicio y medicamentos) de DT2 por años de diagnóstico de DT2. Ello sugiere que los años de diagnóstico no son suficientes para resolver problemas asociados al cuidado que demanda su diabetes. En cambio, Wang y colaboradores (2012) señalan que los pacientes con menos años de diagnóstico muestran mejor resolución de problemas reflejado en el control de su glucosa.

Tener más edad y percibir apoyo social contribuyó a la explicación de la resolución de problemas. Por el contrario, Wang y colaboradores reportan que a menor edad muestran mayor habilidad para resolver problemas para el cuidado de su enfermedad y Holdren no encontró relación significativa. El apoyo social y la resolución de problemas han sido asociados en diversos estudios (ADA, 2017; Hunt et al., 2012; Austenfeld y Stanton, 2004). Esto muestra que para el paciente con DT2 contar con apoyo social es importante y lo ayuda a resolver problemas esto pudiera a ser atribuido a que la familia, amigos son redes de apoyo que fortalecen la seguridad del paciente para resolver la situación que se le presentan

en cuidado de su enfermedad. Por lo que es recomendable que enfermería anime a la familia a participar en el cuidado de la diabetes y sobre todo explorar sus valores y creencias respecto al tratamiento para adaptar alternativas de cuidado.

En general los hallazgos del presente estudio confirman hallazgos de investigaciones previas sugiriendo que los pacientes con DT2 muestran mayor apego al cumplimiento con el medicamento. Semejante a lo reportado por Hill-Briggs et al. (2007) mostraron que los patrones de adherencia son mayores en la toma de medicamentos que de la alimentación y ejercicio.

CONCLUSIÓN

Las habilidades de los pacientes para la resolver problemas y realizar las actividades de AC están condicionados por la edad y apoyo social según lo referido por los pacientes. Los pacientes que refieren percibir mayor apoyo social obtienen mayor puntaje en la resolución de problemas efectiva que los que refieren percibir menor apoyo social, ellos resuelven problemas de manera evitativa. No se observaron diferencias significativas en la resolución de problemas por años de diagnóstico. Con base a los resultados de este estudio se sugiere: Incrementar la muestra de A1C en los participantes para afirmar un mejor análisis, incluir variables como creencias acerca de la diabetes, ansiedad, estrés que puedan influenciar en la resolución de problemas en el AC DE DT2.

LITERATURA CITADA

- Amezcuca- Macias, A, Rodríguez Weber, F.L. & Diaz-Greene, E.J. (2015). Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. *Medicina Interna de México*, 31, 274-280.
- Arredondo, A. & De Icaza, E. (2012). Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano. *Value in Health*, 14, 85–88.
- Austenfeld, J. L. & Stanton, A.L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal Personality and Social Psychology*, 72, 1335–1363. DOI:10.1111/j1467-6494.200400299.x.
- Association Americana de Diabetes, [ADA] (2018). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 1-135.

- Association Americana de Educadores de Diabetes [AAED], (2018). Translation of research into practice: problem solving for diabetes self-management and control. DOI: [10.2337/dci17-0025](https://doi.org/10.2337/dci17-0025).
- Burns, N. & Grove, S. K. (2016). Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. (6th). Barcelona, España.
- Encuesta Nacional de Salud [ENSANUT], (2016). Resultados Nacionales. Recuperado en http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf 2. <http://doi.org/10.21144/8593>
- Fortes, V.A., Lopes, M.O., Araujo, T. L. (2010). Teoría del déficit del cuidado propio: análisis de su importancia y aplicabilidad en la práctica de la enfermería. *Revista Enfermagem*, 14(3), 611-616. doi:10.1590/S141481452010000300025.
- Funnell, M. M. Brown T. L, Childs B. P. (2010). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 33, 89-96. doi:10.2337/dc10-S089
- García-Reza, C., Alvirde-Vara, R., Landeros-López, M., Solano-Solano, G., Medina Castro, M.E. (2014). Resistencia frente a la enfermedad: relato de un cuerpo dañado por la diabetes, *Aquichan*, 14(4),485-495. doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.4
- Glasgow, R. E, Fisher L., Skaff, M., Mullan, J., & Toobert D. J. (2007). Problem solving and diabetes self-management: Investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care*, 30(1), 33-37. doi:10.2337/dc06-1390.
- Gomes-Villas, L. C., Foss, M. C., Foss de Freitas, M.C., & Pace, A. E. (2012). Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-8. doi:10.1590/S010411692012000100008.
- Hill-Briggs, F., Gemmell, E., Kulkarni, B., Klick, B. & Frederick, B. (2007). Associations of patient health-related problem solving with disease control, emergency department visits, and hospitalizations in HIV and diabetes clinic samples. *Society of General Internal Medicine*, 22, 649-654. doi:10.1007/s11606-006-0091-2.
- Holdren, B. M. (2016). Social Suport, Social Problem-Solving and Adherence to self glucose monitoring in Type 2 Diabetics. (Tesis doctorado). Estados unidos. Drexel University.
- Hunt, C.W., Grany, J. S., & Pritchard, D. A. (2012). An empirical study of self-efficacy and social support in diabetes self-management. *Home Health Care Nurse*, 30, 255–262. doi:10.1891/1541-6577.26.2.126.

- International Diabetes Federation (2017). Waist circumference and BMI. Disponible en: <https://www.if.org/>.
- Kristin G. (2018). The Relationship between social support and type 2 diabetes risk *Communication Research Reports*, 35(1), 12–21.
- Martins, R.M. (2005). Relevancia do apoio social na velhice. Millenium. *Revista Institute for Study and Prevention of Violence*, (31), 128-134.
- Miranda-Félix, P.A., Salazar-González, B. C., Gallegos-Cabriales, E. C., Valles-Ortiz, P. M., Ortiz-Félix, R. E (2015). Adaptation and validation problem solving scale for the patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Scientific Research and Reports*, 8(5), 19.
- Orem. D. E. (2001). *Enfermería: conceptos de la practica* (6ta ed.) Sr. Louis, MO: Mosby.
- PharmD, J. D., Greenwood, D.A., Blanton, L., Bollinger, S.T., Butcher, M. K., et al. Condon, J. E. (2017). National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Educator*, 43(5), 449-463. doi:10.1177/0145721717722968.
- Plan de Desarrollo Estatal (2010-2015). Recuperado de: <http://www.nl.gob.mx/publicaciones/plan-estatal-de-desarrollo-2010-2015>.
- Na Shin., Hill-Briggs, F., Langan, S., Payne, J. L., Lyketsos, C., & Golden, S. H. (2016). The association of minor and major depression with health problem-solving and diabetes self-care activities in a clinic-based population of adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. doi:10.1016/j.jdiacomp.2017.01.026.
- Terechenko, L.N. S; Baute G.A.N; Zamonsky A.J.N. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. *Revista Biomedicina*, 10(1), 20-33
- Toljamo, M., Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 618-627.
- Toobert, D. J., Hampson, S.E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care: Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Troncoso, C.P., Delgado, S.D., Ubilar, C.V. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Revista Costarricense Salud Pública*, 22, 9-13.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento del a ley general de salud en material de investigación para la salud en México, D.F: Diario Oficial de la Federación.

Wang, J., Zgibor, J., Matthews. J. T., Charron-Prochownik, D., Sereika, S. M. & Simineiro, L. (2012). Self-Monitoring of Blood Glucose is associated with problem-solving skills in hyperglycemia and hypoglycemia. *The Diabetes Educator*, 38(2), 207-214.

World Health Organization (2016). Global reports on diabetes. Recuperado en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257>. DOI:

SÍNTESIS CURRICULAR

Patricia Enedina Miranda Félix

Doctora en Ciencias en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Profesora Investigadora y coordinadora de Investigación y posgrado en la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Investigador reconocido por el Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos. Ha publicado diversos artículos en español e inglés en revistas indexadas de divulgación. Certificada por la organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud en el manejo de pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2. Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha, desde el 2009. Correo electrónico: patriciamiranda@uas.edu.mx

Rosario Edith Ortiz Félix

Doctorado y Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, C) del CONACYT, investigador honorífico del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos (SSIT). Líder de la línea de investigación: Conducta humana y calidad de vida en grupos sociales, con énfasis en investigación social. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional. Correo electrónico: edithof51@hotmail.com

Bertha Cecilia Salazar González

Profesora investigadora en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Investigador reconocido por sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha implementado intervenciones sobre ejercicios diversos para mejorar flexibilidad, marcha y cognición en adultos mayores. Dirigido a estudiantes de

posgrado en intervenciones controladas de este tipo y en metodología de validación de instrumentos. Ha conducido unidades de aprendizaje de metodología de investigación en el programa de Maestría. Correo electrónico: bertha.salazargn@uanl.edu.mx

TRABAJO Y SALUD EN EL MINERAL DE SANTA ROSALÍA, BAJA CALIFORNIA SUR, DURANTE EL RÉGIMEN PORFIRIANO

WORK-HEALTH RELATIONSHIP IN THE MINES OF SANTA ROSALIA, BAJA CALIFORNIA SUR, DURING THE PORFIRIAN REGIME

Edith **González-Cruz**¹

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la relación trabajo-salud en el mineral de Santa Rosalía durante la época porfiriana. Un pueblo que fue conformado por la compañía francesa El Boleo al parejo del desarrollo de la explotación cuprífera, con la observación de que en esta última se aplicó la tecnología más avanzada en ese entonces en el mundo occidental, mientras el pueblo careció de la infraestructura sanitaria más indispensable, como era la introducción del agua potable y drenaje. Ello conllevó a una situación permanente de insalubridad que junto con la dureza de las condiciones laborales devinieron diversas enfermedades que la postre desencadenaron en altos índices de mortalidad.

Palabras clave: Compañía El Boleo, condiciones laborales, enfermedades, urbanización.

Abstract

This work aims to study the Work-Health relationship in the mines of Santa Rosalia during the Porfirian era. A town that was formed by the French company “El Boleo” in line with the development of copper exploitation. While the most advanced technology — at that time in the western world — was applied, the town lacked more indispensable sanitary infrastructure, as were the introduction of drinkable water and drainage. That lead to a permanent unhealthy situation that along with the difficult working conditions brought about various illnesses that later caused high mortality rates.

Key words: “El Boleo” Company, working conditions, illnesses, urbanization.

¹ Profesora-investigadora de la Universidad Autónoma de Baja California Sur.

INTRODUCCIÓN

Fue principalmente al mediodía de la década de los ochenta del siglo pasado cuando algunos investigadores comenzaron a dirigir su mirada hacia la compañía El Boleo, empresa a la que se debe el nacimiento del mineral de Santa Rosalía. A partir de entonces han fructificado los estudios sobre la evolución de la actividad minera en dicho poblado, cuya mayoría de ellos se ha dirigido a examinar el establecimiento y desarrollo de la empresa minera, su relación con los trabajadores y autoridades federales y distritales, así como su impacto económico, social y político que provocó en la región (González, 1985, 2000; Romero, 1991, 2001; Kortheuer, 2001). La temática que tiene que ver con el trabajo y su relación con la salud ha sido tocada de manera marginal, de ahí que el propósito del presente trabajo es acercarnos a ese ámbito de la vida en el mineral durante la administración porfiriana, empeñada en lograr una población sana, apta para el trabajo y, por consiguiente, capaz de impulsar el crecimiento económico del país (Zavala, 2010, p.12). En ese sentido, como ya sucedía en occidente (Sigerist, 1981, p. 81), la salud pública se fue convirtiendo en un asunto de gran significación para el gobierno porfirista en virtud de las consecuencias que traía a la sociedad en general. Para favorecerla se echó mano de una serie de mandatos higiénicos, dispuestos mediante la promulgación de reglamentos y códigos, así como la creación de instituciones y formación de personal especializado (Zavala, 2010, p. 32).

Cabe apuntar que nos beneficiaremos del concepto cotidiano del trabajo que propone Heller:

El trabajo es una actividad que debe ser cumplida para poder vivir. El trabajo no solamente debe ser hecho para mantenerse con vida, sino que es algo sistemáticamente, día tras día, dura por un cierto periodo de tiempo, por lo cual el trabajo consume y gasta la energía, la capacidad del hombre. (1987, p. 122)

Como a la postre ese consumo y gasto de energía impactaban en la salud, asumimos como concepto el estado de "bienestar físico y moral de las actividades somáticas e intelectuales" (Zavala, 2010, p. 27).

Las fuentes que nutren este trabajo son principalmente documentos de archivos (Pablo L. Martínez y General de la Nación). Destacan los informes cuantitativos sobre movimiento civil de población en el Distrito Sur de Baja California correspondientes a los años de 1903-1910, que hemos tomado con cautela en virtud de ciertas imprecisiones en algunas cifras; también nos

apoyamos en algunos informes de la compañía minera, de las autoridades municipales y distritales, de los propios trabajadores y de los inspectores del trabajo, aunque varios de éstos últimos trascienden nuestro periodo de estudio, rememoran las condiciones de vida que subsistían durante el periodo porfiriano.

Comenzamos el trabajo con un acercamiento a los orígenes y estructura urbana de Santa Rosalía, escenario en el que se desarrolla nuestro estudio; para enseguida abordar lo relativo al trabajo, poniendo énfasis en el origen de la mano de obra y las condiciones laborales; y concluimos con el apartado de salud, en el que se explica la política sanitaria del gobierno de Díaz, que contrasta con las condiciones de vida que prevalecían en el mineral, lo que devino varias enfermedades que terminaron en un número importante de defunciones.

Santa Rosalía: orígenes y estructura urbana

El 7 de julio de 1885, la compañía El Boleo obtuvo del gobierno federal un concesión de veinte mil hectáreas para explotar todas las minas del distrito minero de Santa Águeda, perteneciente a la municipalidad de Mulegé, Partido Centro del Territorio de la Baja California. Dicha concesión se inscribió en el marco de la política liberal, que se expresó con plenitud durante la administración porfirista, al transferir la propiedad del subsuelo a nacionales y extranjeros; lo que coincidió con una amplia movilización de capitales extranjeros ávidos de materias primas para el desarrollo de sus industrias (D'Olwer 1985, pp. 1029-1089).

Con base en esa concesión, la compañía El Boleo quedó exenta de toda clase de impuestos federales y locales; asimismo, el gobierno federal se comprometió, en el término de tres meses a partir de la firma del contrato, a construir un puerto habilitado para el comercio de altura y cabotaje en la ensenada de Santa Rosalía o donde fuese más conveniente para la empresa. Entre los compromisos de El Boleo estuvieron la fundación de una colonia con un mínimo de 16 familias extranjeras y 50 mexicanas, lo que debía hacer en el transcurso de un año, y construir todos los edificios necesarios para el establecimiento de las oficinas y almacenes de la aduana marítima (AHPLM, *Fomento*, vol. 214, exp. 2, 1885).

Al tiempo que se construía la dársena, los directivos de El Boleo comenzaron a levantar la infraestructura básica para el inicio de los trabajos mineros y a delimitar el espacio donde se edificarían las viviendas para el establecimiento de la colonia. Para principios de 1886, la colonia era ya una realidad, pues contaba con 78 familias mexicanas, cuyo número de personas ascendía a 336; y con 13 familias extranjeras, con 43 habitantes. Sin embargo, dos años después, la compañía dio fin al proyecto de colonización, con el

argumento de que la actividad minero-metalúrgica exigía una constante movilidad de la mano de obra, ya hacia la zona de minas, ya hacia la fundición (AHPLM, *Gobernación*, vol. 192, exp. 138, 1888). En lugar de poblados independientes, cobró vida un centro minero, constituido por cuatro grupos, que fue edificándose en un terreno inclinado hacia el mar y cortado por varias cañadas más o menos profundas, entre las que destacaban la de Providencia, donde se fincó Santa Rosalía; en esa misma hondonada, al fondo, surgió Providencia; en la de Purgatorio se cobijó al grupo minero del mismo nombre; y en la de Soledad surgió el grupo minero de Soledad (González, 1985, p. 34, Romero, 1991, p. 151).

En Santa Rosalía quedaron ubicados el puerto de altura y cabotaje, la fundición, los talleres mecánicos y las oficinas administrativas de la empresa, así como algunas dependencias del gobierno federal (Aduana Marítima y Capitanía de Puerto). Por consiguiente, Santa Rosalía fue el grupo principal, del cual dependieron los otros tres, que se especializaron en la extracción del mineral y que se localizaban, de aquél, a una distancia media de ocho kilómetros (González, 1985, pp. 30-32, Romero, 2001, p. 285). Dicho grupo se fundó en una zona de mesetas y cañada, por lo que su traza se distinguió por ser un dibujo irregular (Figura 1); topografía que facilitó a la empresa concretar ese modelo segregacionista en la organización del espacio que imperaba en el mundo occidental como impronta del desarrollo capitalista. En la cañada se estableció el pueblo, llamado de La Playa u Hondonada México, asiento de los operarios y de los empleados inferiores de la empresa y el gobierno; en la meseta que estaba al norte del pueblo de la Playa, llamada Mesa Francia, se ubicaron los directivos y empleados franceses; y en la que estaba al sur, conocida como la Mesa México, residían los empleados superiores del gobierno (Romero, 1991, pp. 152-153, González, 2000, pp. 50-85).



Figura 1. Fotografía aérea de Santa Rosalía. Sistema de Información Geográfica de la Universidad Autónoma de Baja California Sur.

Todas las viviendas fueron construidas de madera, pero había distinción entre ellas. Las del pueblo de la Playa, alineadas a la estructura vial, eran de 30 metros cuadrados, con techo de lámina de zinc, piso de tierra, un pequeño cuarto para baño, un estrecho corredor para cocina y, a la intemperie, un lavadero (Figura 2), por las que la empresa cobraba un peso mensual por la renta y, a partir de 1904, agregó dos pesos 10 centavos por consumo eléctrico. Las de la Mesa Francia, contrastaban con aquellas por su amplitud, privacidad, ventilación y servicios; eran cuadradas con techos en forma de pabellón, piso de madera y corredores por todos los lados, desde donde sus moradores podían admirar el hermoso paisaje del mar Bermejo; sus dimensiones eran de un poco más de 70 metros cuadrados que incluían de cuatro a seis aposentos, cocina y baño separados; a excepción de la del director de la empresa que se distinguía por ser más amplia (Figura 3). Las de la Mesa México, se caracterizaban también por ser independientes unas de otras, con baño y divisiones en su interior, aunque más pequeñas que las de la meseta del norte (AGN, *Dirección General de Gobierno*, vol. 16, exp. 14, 1926).



Figura 2. Pueblo de la Playa. ADAIH-UABCS.



Figura 3. Mesa Francia. AHPLM.

Además de las casas para los trabajadores y las oficinas públicas (Aduana Marítima y Capitanía de Puerto), en el pueblo de la Playa se levantaron la tienda de raya, la escuela, la iglesia, el hotel Central, el teatro, la panadería, la cantina, la cárcel, el prostíbulo, el dispensario médico, la plazuela y el kiosco. En la Mesa Francia, también se establecieron el edificio de la dirección de la empresa, guarnecido con un reloj de cuatro carátulas luminosas; el hospital y el hotel Francés; en su falda oriental, hasta terminar en el malecón, se edificaron la hacienda de beneficio, los talleres de reparación de maquinaria, el taller mecánico de carpintería y los patios donde se depositaban las refacciones y las piezas inutilizadas (AGN, *Dirección General de Gobierno*, vol. 16, exp. 14, 1926).

En cuanto a los servicios públicos, los directivos franceses dieron prioridad al del agua, vital para el abasto de los pobladores y de la industria minera. Sin embargo, la pobreza hídrica del lugar los llevó a traerlo, por medio de una cañería, desde el arroyo del rancho Santa Águeda, distante a 17 kilómetros, que almacenaban en dos grandes tanques ubicados en la Mesa Francia, de donde se alimentaban las dos tomas que se instalaron en el pueblo de La Playa y la que existía en la Mesa México. La insuficiencia de este líquido, hizo que la empresa lo limitara a dos cubetas de 20 litros diarios por familia, integrada regularmente por cuatro o cinco miembros. Para respetar esta medida estaba el jefe del servicio general de la compañía, a quien nombraban “Monsieur Granyé”:

Montado en su caballo, permanecía a un costado del tanque de abastecimiento que dicha empresa ordenó construir en la parte céntrica de la población [...] “Monsieur Granyé daba orden de abrir la puerta del tanque, [cuyas] 4 válvulas [...] se abrían para que los recipientes que

llevaban nuestras gentes fueran llenados para luego ser sacados con rapidez y, sin cerrar las válvulas, la siguiente persona tenía que permanecer muy abusada e introducir sus recipientes sin que se derramara el agua. ¡Ah!, pobre del que lo hiciera, pues lo menos que se llevaba eran unos latigazos. [...]. Quien salía con sus dos latas le era imposible regresar por más; de eso se encargaba el señor Francisco López, quien estaba al servicio de “Monsieur Granyé” y conocía bastante a todas las personas de la población [...] Total el agua racionada de esa manera, sino satisfacía las necesidades de las amas de casa, imposible usarla para el aseo personal. (Gastélum, 1985, pp. 207-208)

La asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica fueron otros servicios que introdujo El Boleo con el fin de prevenir y resolver los problemas de salud en el mineral para asegurar la constancia y reproducción de la fuerza de trabajo. En 1886, Santa Rosalía contaba ya con los servicios de un médico y una botica; en 1887 se montó un hospital, al que se dotó de un edificio propio, en 1895.

El interés de la empresa por cuidar la salud chocó con las condiciones de insalubridad que se vivían en el mineral. A respecto, uno de los inspectores de trabajo asentaba:

La mayoría de las habitaciones de los obreros y habitantes en general de Santa Rosalía son antihigiénicas [...], pues [en] las dos únicas piezas que tiene cada habitación están instalados todos los servicios. Las emanaciones mefíticas de los excusados son una amenaza constante para la salud pública. Los excusados están formados de madera, teniendo como depósito colector un pequeño bote o balde de metal. El sistema de limpia de los excusados se lleva a cabo de la manera siguiente: carros-depósitos que recorren por la noche la población, manejados por empleados de la compañía, van vaciando los baldes al tanque de los carros; de éstos, las materias fecales [pasan] a carros tanques de ferrocarril, que finalmente las conduce al mar, a una distancia de 3 a 4 kilómetros del poblado. (AHPLM, *Industria, Comercio y Trabajo*, vol. 731, doc. 644, exp. 22, 1919)

A las emanaciones mefíticas que causaba la falta de drenaje, se agregaban los gases que despedía la hacienda de beneficio y que, a decir de los inspectores de trabajo, eran igualmente perjudiciales para la población.

El abasto de víveres fue también absorbido por la empresa francesa a través del establecimiento de tiendas de raya. Sin embargo, quedó restringido a determinados productos, además de que el monto total del crédito era de 22 pesos, prácticamente lo que el operario recibía como raya mensual, de los cuales el 69 por ciento podía gastar en comida (frijol, maíz, harina, arroz, papa, carne, café y

azúcar), el 24 por ciento en vestido (manta, lienzo, indiana, mezclilla y rebozos) y siete por ciento en velas (AHPLM, *Gobernación*, vol. 192, exp. 138, 1888).

La instrucción pública no quedó fuera de la vida de Santa Rosalía. Para marzo de 1886, El Boleo había abierto, de manera provisional, una escuela, donde concurrían 103 niños de ambos sexos. Dos años después quedó concluido el edificio escolar que dio cobijo a dos escuelas: una de niños y otra de niñas. Los sueldos de los profesores y demás gastos corrieron a cargo de la compañía; dichas escuelas quedaron regidas por la Ley Reglamentaria de la Instrucción Obligatoria, donde se establecía que la instrucción pública era obligatoria para los menores de seis a doce años y que ésta podía adquirirse en la escuela oficial o particular (González, 2016, pp. 71-76).

Para aligerar la estancia de las familias que se iban arraigando en ese espacio aislado y desértico, con una disciplina que permeaba hasta la vida cotidiana, y donde para la gran mayoría no había ya regreso a su terruño, el servicio religioso fue ese bálsamo que por instantes les permitía añorar una mejor vida. En los primeros años se improvisó un altar para ofrecer dicho servicio por parte del cura de Mulegé, quien acudía al lugar cada mes. Fue hasta 1896 cuando la empresa instaló un templo que fue dedicado a Santa Bárbara (González, 1985, p. 116; Cuevas y Romero, 2018, pp. 17-18). Además de la iglesia, las cantinas, el prostíbulo, los bailes, juegos de azar y el circo fueron otros refugios que permitieron a los trabajadores evadir por momentos las condiciones de vida que les imponía la empresa minera, quien era patrona y dueña de vidas y destinos.

Como parte del centro minero estaban los grupos de Providencia, Purgatorio y Soledad, que fueron poblándose al parejo del de Santa Rosalía, con la distinción de que la estructura material que ahí se erigió se limitó a la construcción de casas, tienda de raya, escuela, consultorio médico y cantina. Las viviendas eran igualmente de madera, con techos de dos aguas; a diferencia de las del pueblo de La Playa, eran pequeñas casas individuales, sin divisiones en su interior; a excepción de las de los jefes y capataces que estaban mejor acondicionadas (González, 2016, p. 56) (Figura 4). Circunstancia que obligaba a las familias: "ocurrir a los arroyos a satisfacer alguna de sus necesidades fisiológicas" (AHPLM, *Industria, Comercio y Trabajo*, vol. 731, doc. 644, exp. 22, 1919).



Figura 4. Grupo minero Providencia. (Gastélum, 1985, p. 13)

Fuera de estos grupos se encontraban los yaquis y chinos, quienes, por sus costumbres e idiosincrasia, no aceptaban vivir en comunidad con los demás trabajadores. Respecto a las casas de los primeros, dejamos la palabra a Héléen Escalle, esposa del primer director de la compañía: "Su casa se construye rápido, ellos recogen las piedras más grandes, [...], las disponen en círculo, unas encima de otras hasta la altura de un metro, como tejado, ramas y un cuero de res, dos piedras en una esquina forman el fogón, un petate en otro rincón en el suelo" (Cuevas y Romero, 2018, p. 59); en cuanto a los segundos, la empresa les levantó galerones para su alojamiento.

Con el arribo de contingentes chinos, entre 1906 y 1908, quedó plenamente definido el rostro del centro minero al que dio vida la empresa gala. Ser dueña del espacio y de todo lo que había en él, no obstó para que la autoridad municipal dotara a ese centro minero de una estructura político-administrativa, que se conformó por una alcaldía, una oficina recaudadora, un juzgado de Paz y un servicio de policía y cárcel. (González, 2016, pp. 39-76). Asimismo, la convivencia social quedó sujeta a algunos reglamentos oficiales como el Bando de Policía y Buen Gobierno y el de Propios y Arbitrios; con la particularidad de que por encima de los ordenamientos del poder público estuvieron los de la empresa minera. Con este telón de fondo, damos paso a la escena del trabajo.

Trabajo

La explotación de cobre en el mineral de Santa Rosalía se inició con mano de obra yaqui, atribuible a dos razones: una tuvo que ver con la escasa oferta de trabajadores en la municipalidad de Mulegé, cuya población total en 1878 era de 1 530 habitantes, de los cuales 600 vivían en su cabecera, que era el pueblo de Mulegé; un número parecido habitaba en el de San Ignacio, ambos distantes del

mineral a unos 70 kilómetros y sin vías de comunicación en los orígenes de éste; el resto se distribuía en los diferentes ranchos (González, 2000, p. 85). La otra respondió a las cualidades propias de los yaquis, a quienes “se les consideraba rápidos en el aprendizaje de los trabajos mineros, con gran capacidad de resistencia para laborar en las profundidades de las minas” (Soltero, 1989, p. 329). Sin embargo, esa mano de obra, significativa en los primeros años del mineral, comenzó a descender: de 865 indígenas existentes en 1892 en todos los grupos mineros, que representaban el 54 por ciento del total de la fuerza de trabajo, para 1899 quedaban solamente 200, es decir, ocho por ciento del conjunto de trabajadores que había en ese año en el mineral (Figura 5).

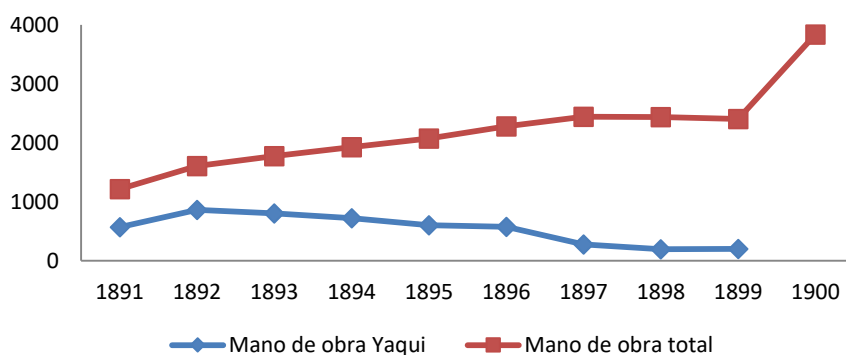


Figura 5. Mano de obra yaqui y total en el mineral de Santa Rosalía 1891-1900. (González, 1985, pp. 160-161).

Se presume que en el descenso de los yaquis influyó el auge de la minería en Sonora, a partir de los años noventa (Soltero, 1989, p. 329. Gracida, 1997, pp. 81-95), lo que los llevó a quedarse en su lugar de origen que ir al mineral de Santa Rosalía, donde las condiciones de vida no eran mejores a las que otorgaban las empresas mineras que recién se habían establecido en Sonora.

La dificultad para conseguir mano de obra yaqui y la poca oferta de trabajadores en la región, obligaron a la empresa francesa a intensificar su búsqueda en el macizo continental, principalmente en Sinaloa, Nayarit, Colima, Guerrero y Jalisco. La existencia de mano de obra disponible en esos lugares se debía a la decadencia de las antiguas zonas mineras que se localizaban en el centro del país: Hidalgo y Guanajuato (Nava, 1980, pp. 344-345). Los directivos galos llevaron a cabo los enganches a través de agentes que tenían en Guaymas, Mazatlán y Topolobampo, donde éstos propagaban:

[...] en Santa Rosalía siempre había un lugar para todo aquel trabajador que estuviera dispuesto a laborar en la mina, sobre todo aquellos que tuvieran como hábito la constancia... Este trabajo es fácil, hombres que jamás sospecharon de semejante ocupación, han llegado a tener rayas regulares y mucha facilidad en el trabajo; unos son contratistas y los demás jornaleros; éstos tienen por lo regular rayas de \$30 a \$36 pesos al mes...

[...] El trabajo dura diez horas; pero con el tiempo que ocupan los operarios en refrescarse trabajarán ocho horas a lo sumo. (*El Minero Mexicano*, tomo XXXIV, 5 de abril de 1900, como se citó en Romero, 1991)

Si bien la propaganda denotaba exageración, el contratista o enganchador tenía que ingeniárselas, no importaban los medios, para enganchar a las personas y embarcarlas rumbo al mineral; pues de lo contrario, no estaba en condiciones de cobrar a la empresa los dos pesos por trabajador enganchado, siempre y cuando reuniera un mínimo de 100 (Romero, 1991, p. 122). Dicho sistema fue exitoso, pues poco a poco comenzaron a llegar al mineral cientos de trabajadores del macizo continental, que hizo que entre 1891 y 1900 su número pasara de 1 215 a 3 837, es decir, en una década se incrementó en más de 200 por ciento, como se mira en la figura 5. Asimismo, la mayor parte de la población que llegaba al centro minero era destinada a Providencia, Purgatorio y Soledad para el trabajo de extracción del mineral, como se constata en las cifras de la Tabla 1, en la que se observa también la constante movilidad entre dichos grupos.

Tabla 1. Número de habitantes en los grupos mineros

Año	Santa Rosalía	Providencia	Purgatorio	Soledad	Total
1891	1463	825	306	471	3065
1892	2148	918	731	1054	4851
1894	2082	948	391	1176	4597
1895	2125	1003	537	1261	4926
1896	2063	943	948	1228	5182
1898	2427	967	1080	1397	5871
1899	3263	1053	1188	1348	6852
1901	3879	1167	1593	1480	8119
1902	3183	762	1694	1280	6919

Fuente: (González, 1985, p. 158).

Para obligar a los recién llegados a ocuparse en el trabajo rudo que implicaba la extracción del mineral, la empresa precisó a los agentes las disposiciones a que debían someterse los enganchados, quienes se enteraban de ellas hasta que se encontraban en el mineral:

1. El precio del pasaje era de \$10 por personas adultas hombre o mujer, no cobrándose pasaje para niños menores de 14 años.
2. La cantidad cargada a cada operario por su pasaje y el de su familia será descontada de la raya mensual del mismo; pero a todo operario que haya trabajado de un modo seguido en las minas durante seis meses se le reembolsará el importe de su propio pasaje, no habiendo de reembolsársele en cualquier caso el importe del pasaje de su familia.
1. Queda estrictamente entendido que los trabajadores que así viniesen habrán de trabajar, precisamente en las propias minas, pero no en los demás servicios de la compañía, en donde no se admitirá a ninguno de los recién enganchados a no ser que reembolse en el acto el importe de su pasaje, así como el de su familia si la tuviese... (*El Minero Mexicano*, Tomo XXXIV, 5 de abril de 1900, como se citó en Romero, 1991)

El enganchado llegaba al mineral con una deuda de por lo menos diez pesos. Una vez ahí tenía que pagar por renta un peso mensual y dos pesos 10 centavos por consumo eléctrico (esto a partir de 1904), para alimentación y vestido obtenía un crédito al mes de 22.12 pesos. Al sumar todos esos gastos, incluyendo sólo la deuda mínima del viaje pagadero a seis meses, el operario debía sufragar cada mes a la empresa 26 pesos 88 centavos, cifra que al relacionarla con el salario promedio mensual de 26 pesos 25 centavos, pago que era sólo por 26 días, tenía una diferencia en su contra de 63 centavos; esto, si no era sujeto a descuentos por faltas al trabajo, cuya sanción era de cinco pesos por día, lo que podía engrosarse con otro tipo de multas. Otros medios a los que recurrió El Boleo para controlar el gasto de los operarios fueron la cantina y el prostíbulo, que sobre todo en días de raya permanecían abiertos todo el día y la noche (AHPLM, vol. 501, exps. 51 y 60, 1909). Así pues, el operario difícilmente podía independizarse del crédito para asegurar su subsistencia, mucho menos abandonar el mineral y emprender una nueva vida.

Peor suerte corrieron los asiáticos, quienes fueron reclutados por la empresa minera entre 1906 y 1908, cuyas condiciones, como asentaba una de las autoridades muleginas, se resumían así: “nuestros compatriotas disque están bien pagados, pero los chinos es una herejía sólo les dan 30 centavos y los tienen encerrados como marranos” (AHPLM, *Gobernación*, vol. 503, exp. 25, 1909).

De lo que hay certidumbre es que tanto en los mexicanos (mestizos e indígenas) como en los asiáticos descansó el trabajo más rudo y peligroso de la

actividad minera, pues desde temprana hora ingresaban a la mina, donde permanecían por más de 10 horas, abriendo galerías, tumbando y acarreado el mineral, expuestos a las emisiones de gases, a las filtraciones de agua, a temperaturas de más de 30 grados y sin la ventilación adecuada, como lo observaron los ingenieros Martínez Baca y Servín Lacebron, agentes del Ministerio de Fomento, en su visita al mineral, en julio de 1896: "la ventilación deja todavía bastante que desear, sobre todo en ciertas labores, dada la longitud de las galerías y el número de operarios que actualmente emplean" (*Anales del Ministerio de Fomento de la República Mexicana*, tomo XI, 1898, p. 26). Conforme transcurrieron los años la profundidad de las minas fue cada vez mayor, pues mientras en 1893 el avance de las galerías llegaba a 11 975 metros, en 1909 éste era de 137 287 (BAGN, *Memoria de Fomento de Colonización de la República Mexicana, 1892-1896 y 1908-1909*), no sin provocar resistencia entre los trabajadores que recién llegaban. Al respecto, Preciado afirma: "los japoneses se resistieron a trabajar aduciendo ver al diablo en el interior de los túneles" (1991, p.181). Por su parte, Ota señala:

A escasos diez días de su llegada, 450 regresaron a Japón, quedando en la mina sólo 50 trabajadores. Los desertores explicaron su actitud manifestando que no soportaban el calor en las minas y que las explosiones de gas eran constantes. Dijeron, además, que habían sido reclutados [...] como agricultores, y que habían venido pensando realizar trabajos agrícolas. (1982, p. 53)

Algunos mexicanos, también manifestaron su inconformidad. A mediados de junio de 1905, alrededor de 100 trabajadores, procedentes del estado de Jalisco y territorio de Tepic, se negaron a trabajar por incumplimiento a las promesas hechas al momento de ser enganchados. Dos días después de su arribo al mineral, hicieron llegar al director de El Boleo el siguiente mensaje:

Como nuestra queja ha sido directa a Ud., le manifestamos que en dos días que aquí tenemos, tenemos hechas dos comidas y tanto nosotros como nuestras familias tenemos hambre, no creemos del caso repetir a Ud. que deseamos nuestro pasaje sin mucha pérdida de tiempo. (AHPLM, *Gobernación*, vol. 406, exp. 110, 1905)

La respuesta de la empresa, con el aval de las autoridades, fue el encarcelamiento de los principales cabecillas; tras esa medida, 50 enganchados volvieron al trabajo; el resto fue embarcado rumbo a Guaymas (AHPLM, *Gobernación*, vol. 406, exp. 110, 1905).

Además de trabajadores para la extracción del mineral, El Boleo requirió también de personal que se encargara de las labores técnicas, de supervisión y de administración, responsabilidades para las que contrató, principalmente, a extranjeros. Por ejemplo, en diciembre de 1890, vivían en el mineral 157, entre infantes, mujeres y hombres; se presume que, de ese total, 101 eran trabajadores, distribuidos como se mira en la Tabla 2.

Tabla 2. Trabajadores extranjeros en el mineral de Santa Rosalía (1890)

Grupos	Franceses	Italianos	Estadounidenses	Espanoles	Alemanes	Ingléses	Húngaro	Total
Santa Rosalía	29	1	3	2	2	1		38
Providencia	9	16					1	26
Purgatorio	7	6						13
Soledad	9	15						24
Total	54	38	3	2	2	1	1	101

Fuente: AHPLM, caja II de Informes de Gobierno, doc. 24, leg. 27.

Casi todos eran europeos, con una mayoría de franceses (53 por ciento), pero con importancia también los italianos, quienes representaban el 38 por ciento del total de esa fuerza de trabajo, además de que su presencia se concentró en los grupos cuya actividad principal era la extracción de mineral, donde igualmente se requería de personal técnico; todos ellos gozaban de una remuneración promedio mensual de 212 pesos 94 centavos, además de no estar supeditados a las reglas de consumo dispuestas en la tienda de raya, como sucedía con el resto de los operarios.

Si bien en Santa Rosalía, como sucedía en otros centros mineros, había personal que se dedicaba a las labores técnicas, administrativas y de supervisión y los que tenían que ver con la extracción del mineral, presumimos que las condiciones laborales de estos últimos eran peores a las de sus homólogos del resto del país, debido al aislamiento geográfico y a la escasez de mano de obra en la región; así como al carácter de la empresa, quien era patrona y dueña de todo lo que existía en el centro minero. Sin obviar el amparo que le daba la Ley minera

de 1892, que en una de las partes del artículo 22 decía que los dueños de minas tenían "completa libertad de acción industrial [...], empleando en ellas el número de operarios que quieran y en el punto que les parezca más oportuno" (BAGN, *Memoria de Fomento de Colonización e Industria de la República Mexicana 1892-1896*); la ausencia de una norma oficial que regulara la relaciones de trabajo; y el contubernio que tenía con la autoridades, como se desprende de las denuncias que aparecían en la prensa:

Los policías se convierten en subprefectos, jefes políticos y hasta presidentes de la República. El actual jefe de rurales, Sr. Ignacio Muñoz comete mil arbitrariedades...

El Sr. Muñoz se ha creído un verdadero Dios, un rey absoluto. Multa y arresta al primero que se le presenta.

El juez Cota, no abandona la pistola, la usa para cometer sus escandalosos actos de embriaguez. Los juicios duermen y dormirán siempre. La justicia no se ejerce. (*La Libertad*, 1 de enero de 1891)

Cabe apuntar que la única autoridad encargada de la justicia en el mineral era el juez de Paz, a quien la compañía le pagaba 200 pesos mensuales y el gobierno, 30 pesos. De ahí que el subprefecto político del Partido Centro, se preguntará: ¿A quién servirá mejor? (AHPLM, *Gobernación*, vol. 503, exp. 215, 1909).

Fue así como la empresa gala impuso la más férrea disciplina, sin importar la vida de cientos de trabajadores, a quienes a la menor protesta se les multaba, encarcelaba o expulsaba del mineral (AHPLM, vols. 205 y 355, exps. 14 y 19, 1889 y 1903). Ello empujó al Boleo a distinguirse como la empresa que llevó a México a entrar en la lista de los países productores de metal rojo en el mundo. De las 2084 toneladas de cobre que se produjeron en el país en 1887, ella aportó 1982 toneladas, es decir, el 95 por ciento; en 1891, la producción nacional llegó a las 5 209 toneladas, de las cuales 4 167 salieron de Santa Rosalía, alrededor del 80 por ciento. Hasta 1900, El Boleo fue el principal productor de cobre en el país; a partir de esa fecha, *La Cananea Consolidated Copper Company* aportó a laproducción nacional un porcentaje mayor, sin que esto significara que la producción de El Boleo viniera a menos; al contrario, subió hasta alcanzar el nivel más alto en 1910 (Nava, 1974, pp. 193-194).

Detrás de estas estadísticas que mostraban al México moderno se encontraban otras que estaban relacionadas con las condiciones de salud en el mineral, donde, a pesar de la asistencia médica y hospitalaria, las epidemias y enfermedades se hicieron comunes, que terminaron con la vida de muchos pobladores, como veremos enseguida.

Salud

Si bien el trabajo es una actividad para mantener con vida al hombre, también lo consume y gasta su energía, lo que a través del tiempo deteriora su salud. De ahí el interés de dirigir nuestra mirada a la relación trabajo-salud en el mineral de Santa Rosalía, para lo cual hemos dibujado los escenarios que tienen que ver con los asentamientos humanos y el ámbito laboral como premisas para referirnos a la salud. Compartimos la idea de Flores de que el problema de la salud visto desde la óptica del proceso del trabajo no afecta sólo a quienes están directamente vinculados a él, sino que se extiende al conjunto de la población (1992, p. 9). Antes de proseguir, apuntamos que las fuentes principales que nutren este apartado son informes cuantitativos sobre el movimiento civil de la población del Distrito Sur de Baja California de 1903-1910; también nos beneficiamos de algunos informes de los inspectores del trabajo, aunque varios de ellos trascienden nuestro periodo de estudio, el retrato que nos muestran sobre el espacio y la vida laboral complementan al que venimos construyendo del periodo porfiriano.

Prácticamente en todos los informes que rinden los inspectores se da cuenta de las condiciones de insalubridad que se vivían en el grupo minero de Santa Rosalía:

El mencionado pueblo consiste en cuatro grandes lotes de casas de madera [...], resultando que por su situación, sólo se hayan ventilados en la estación del invierno, en la que son azotadas estas regiones por los fuertes vientos del noroeste; pero que en el verano se hace sentir una atmósfera ardiente, casi insoportable.

Los lotes [de casas] se hallan separados por calles de veinte metros de ancho; pero cada lote es una aglomeración de habitaciones solo separadas por tabiques, resultando que si en una habitación hay un enfermo atacado de un mal contagioso, las familias de las habitaciones vecinas [...] corren el peligro de contagio. Por las noches de verano, las familias dejan solas sus habitaciones asfixiantes y salen a dormir a las calles, confundidas las unas con las otras y encima de la tierra mojada por aguas sucias y grasosas que al fermentarse producen un ambiente irrespirable. Las casas carecen por completo de patio y por tal motivo las aguas jabonadas de los lavaderos y las grasosas de las cocinas son arrojadas a la calle. Los excusados hállanse dentro de las casas, usándose en ellos un servicio de limpieza

nocturna, que consiste en extraerlos para ser conducidos en carros al lugar llamado el kilómetro cinco y ser arrojados a la orilla del mar. Al practicarse esta operación, el ambiente se hace insoportable. (AHPLM, *Fomento*, vol. 703, exp. 4, 1918)

En otro de los informes se decía:

La deficiente higiene y falta de aire suficiente en las labores subterráneas, el no tener drenaje la población, las pésimas condiciones higiénicas de sus excusados, la mala agua que se bebe, lo excesivamente apiñonadas que están las casas unas respecto a las otras, da seguramente origen a que sean muchos los enfermos del pulmón y endémicas las fiebres y las enfermedades del aparato digestivo.

Se concluía:

Considero muy censurable que la población de aquel mineral no tenga "DRENAJE", lo cual puede y debía haber llevado a cabo la Compañía a medida que se iba formando el pueblo [...], sobre todo si se atiende a la obligación moral que la Compañía [de El] Boleo tiene contraída para sus obreros, que tan directamente contribuyen a enriquecerla más y más. (AGN, *Departamento del Trabajo*, vol. 169, exp. 3, 1919)

Son textos reveladores, que sintetizan cómo era el día a día de los operarios y sus familias, no obstante venir de la pluma de agentes oficiales. Asimismo, eran prueba de que la higiene distaba mucho de ser una práctica pública y privada en el mineral, como venía pregonando el gobierno de Porfirio Díaz, a través del Consejo Superior de Salubridad:

Conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana: he aquí los objetos que debe tener por mira la higiene [...]. Pero prescindamos por un momento de que el hombre es nuestro hermano, nuestro conciudadano y considerémoslo bajo el punto de vista económico, como un valor en el Estado, y aun así estamos obligados a conservarle la salud, prolongarle la vida y mejorar su condición física. (Álvarez, et al., 1960, p. 327)

Así pues, durante el gobierno de Díaz, la salud pública se convirtió en una constante para procurar el bienestar de la sociedad y el fomento de las actividades económicas, gracias a los descubrimientos de la microbiología, la inmunología y

la epidemiología, que permitieron conocer las causas de varias enfermedades, como enfrentarlas y las formas de su propagación, respectivamente (Zavala, 2010, p. 30; Agostoni, 2018, p. 14 y 19; Carrillo, 2002, p. 68). Sin embargo, en Santa Rosalía, asiento de una de las empresas mineras que hizo uso en sus operaciones de extracción y beneficio de los avances tecnológicos de vanguardia en el mundo occidental, dicha política apenas si tuvo asomo, lo que devino constantes epidemias, numerosas enfermedades y altos índices de defunción.

Las primeras medidas que se adoptaron en el mineral respondieron al carácter de puerto de cabotaje y altura que también distinguía a Santa Rosalía. A fines de septiembre de 1885, a escasos dos meses del establecimiento de la compañía, se constituyó una Junta de Sanidad, a iniciativa del capitán de puerto, preocupado porque la mayor parte de las dársenas del país se encontraban infestadas de la fiebre amarilla. Tres fueron los integrantes de dicha junta: los dos jueces del poblado de Santa Águeda y el propio responsable del puerto, quienes, sin tener experiencia en la práctica médica, dotaron a la junta de un reglamento que se sustentó en la norma que regulaba a las capitánías de puerto. En enero de 1886 arribó el primer médico al mineral, el francés B. Federé, quien fue invitado para presidir ese órgano, también se incorporó el director de la empresa minera. Enseguida se convino con el ejecutivo de El Boleo el establecimiento de un lazareto para las cuarentenas y la práctica de fumigaciones (AHPLM, vol, 203, docs. 203 y 55, exps, D/S y s/n, 1887-1888).

Lo que llegó tempranamente al mineral fue la viruela, por la misma vía que los hacían los operarios que venían del macizo continental. Su aparición comenzó en julio de 1886, con el arribo del pailebot nacional Breve Lidio, que procedía de Guaymas, Sonora. Para contrarrestar dicha enfermedad se recurrió a las providencias dispuestas por las autoridades de la Secretaría de Gobernación, que se resumían en el aislamiento del enfermo en un lazareto, la desinfección de la ropa y todos sus objetos de uso con ácido sulfuroso y la aplicación de la vacuna (AHPLM, vols. 203 y 204 bis, docs. 033 y 166, leg. 1, exp. 175, 1887). Presumimos que las consecuencias de esa enfermedad contagiosa no fueron aún tan desastrosas, pues para entonces el pueblo apenas comenzaba a formarse y el número de habitantes no rebasaba los 600 en todo el centro minero. Sin embargo, a partir de ese momento se hizo endémica, como sucedía en otras regiones del país (Carrillo, 2002, p. 72); además de que sus estragos fueron mayores, como se advierte en 1893-1894. En ese lapso, la viruela atacó a 157 personas (81 hombres, 50 mujeres y 26 niños), de las cuales murieron 45 (25 hombres, 16 mujeres y 4 niños), todas sin vacunar. De los 157 enfermos, sólo estaban vacunados 50, lo que significa que la viruela perdonó a 107. No obstante, el médico de la empresa valoraba la trascendencia que para la conservación de la salud tenía la vacunación; aunque ésta no se aplicaba a todos los habitantes, según criterios de la empresa: ya porque habían contraído la enfermedad, ya porque no había

"sospecha". Otra razón tenía que ver con la propia cultura de los pobladores, quienes consideraban que hacerlo provocaba el desarrollo de la viruela (AHPLM, vol. 204 bis, doc. 166, exp. 175, 1887). Frente a esa resistencia se buscó el auxilio de la policía local para dar cumplimiento al artículo 257 del Código Sanitario que establecía que la vacuna era obligatoria y que todos los niños deberían ser vacunados en los primeros cuatro meses de su existencia; de lo contrario, el mismo Código, en su artículo 338, especificaba que la infracción a ese ordenamiento se castigaría con una multa de 5 a 300 pesos (AHPLM, vol. 204 bis, doc. 166, exp. 175, 1887. Álvarez, et al., 1960, pp. 381 y 393).

A los decesos por la viruela se sumaron otros tantos cuyas causas estuvieron relacionadas con la neumonía, pleuresía, miocarditis, pericarditis, gangrena y edema de glotis, entre otras. Precisamente para 1894, el centro minero había adquirido bien su forma, pues en él existían 4597 personas, de las cuales más de dos mil vivían en Santa Rosalía, el resto estaba repartido en los otros tres grupos mineros. De ese total, 2095 constituían la fuerza de trabajo: 1197 en las minas y 898 se ocupaban en los servicios que tenían que ver con el beneficio del mineral, administración y supervisión. Era necesario entonces que aquellas medidas higiénicas dejaran de ser circunstanciales en el mineral y se transformaran en un cuerpo de disposiciones permanentes, como era el interés del gobierno de Díaz, para disciplinar a la población en conceptos elementales que se dirigieran a la conservación de la salud y la prevención y reconocimiento oportuno de la enfermedad (Cruz, 1992, pp. 255-256).

Sin embargo, ese interés contrastaba con el acontecer cotidiano que se vivía en el mineral, donde varios de los ordenamientos dispuestos por el poder central o local que tenían relación con la higiene pública no tenían vigencia. Ejemplos de ello eran el Código Sanitario y el Bando de Policía y Buen Gobierno,¹ aprobados en 1891 y 1894 respectivamente, en los que se regulaban los comunes, la ventilación, emisión de gases y aglomeración de personas en los centros industriales, los cementerios, la prostitución, los rastros, los expendios de artículos de primera necesidad y el arrojar aguas sucias a las calles, entre otros (Álvarez, et al., 1960, pp. 339-389, Beltrán, 2016, pp. 28-49). En estas circunstancias, era difícil inculcar en las familias operarias la cultura de la higiene privada, que tenía que ver con la limpieza de la casa, el cuerpo y el vestido, la alimentación y la moral. De la casa, recordemos las características que ya apuntamos páginas atrás; respecto a la limpieza del cuerpo y el vestido, imposible que se hiciera con los irrisorios litros de agua que se proporcionaban al día, además de que en la lista de artículos que se podían adquirir en la tienda de raya no aparecía ningún tipo de objetos de tocador, como eran el jabón y el peine, tampoco el calzado; de la alimentación, ya vimos que ésta también estaba

¹ Cabe decir que dicho Bando que se aprobó para la municipalidad de La Paz, lo hicieron suyo todas las municipalidades del Distrito Sur de la Baja California.

reglamentada, además de que es probable que se sacrificara por la ingesta de mezcal y la afición al juego y al prostíbulo; y en cuanto a la moral, las propias condiciones de vida los conducía a la embriaguez, al robo y al crimen. Aunque habrá que apuntar que esta serie de prácticas y hábitos para preservar la salud eran recientes en el país, como lo señala Agostoni:

La lucha por establecer una verdadera cultura de la higiene se manifestó con ímpetu tanto en México como en otras naciones latinoamericanas y del continente europeo a fines del siglo citado [XIX] y contó con el trabajo y esfuerzo de destacados médicos e higienistas, así como con el apoyo de diversos ministerios gubernamentales. Paralelamente, libros de medicina doméstica destinados al buen arreglo y al cuidado del hogar, o bien, periódicos y revistas de manera cotidiana informaban sobre las medidas que se podrían adoptar para prevenir el deterioro o para restaurar la salud de todos los sectores sociales. (2005: p. 564)

En una comunidad como lo era el mineral rosalino, donde todo la vida se regía por los designios de El Boleo, en su carácter de dueña y patrona, el nuevo paradigma de la limpieza no encontró campo fértil para su desarrollo, como comenzó a permear en algunas que eran ajenas a los mandatos del poder privado, según se advierte en los trabajos de Cruz (1992) para Puebla, Agostoni (2005) para la ciudad de México, Oliver (2003) para Guadalajara, Zavala (2010) para Morelia y Cazárez y Ojeda (2017) para Mazatlán.

Así pues, a las pésimas condiciones de trabajo se sumaron la insalubridad, la mala alimentación y el esparcimiento que juntos fueron el sustento para contraer todo tipo de enfermedades en el mineral que devinieron altos índices de mortalidad. Si bien en los formatos para asentar la información sobre enfermedades se enlistan 14 grandes tipos, como se muestra en la figura 6, entre las afecciones más comunes estuvieron las del aparato digestivo: diarrea y enteritis; las enfermedades generales: tuberculosis, fiebre tifoidea y alcoholismo; y las del aparato respiratorio: bronconeumonía, neumonía, bronquitis crónica y congestión y apoplejía pulmonar. Fueron los padecimientos respiratorios los que más defunciones causaron entre la población operaria, cuyas causas tenían que ver con las condiciones laborales al interior de la mina y no por la geografía del lugar como atribuían algunos inspectores del trabajo; seguían las enfermedades generales, sobre todo la tuberculosis que era un padecimiento contagioso, evitable, pero considerado como un mal de la pobreza (Carrillo, 2002, p. 77-78); sin obviar las afecciones por causas externas: traumatismos accidentales, quemaduras por el fuego, absorción de gases deletéreos, conmoción eléctrica y luxaciones (Figura 7). En este sentido, Rosen comparte la idea de que:

Nuestras enfermedades y accidentes reflejan de modos diversos el mundo en que vivimos, lo que hacemos en él y con él. [...]. En pocas palabras, la existencia de una enfermedad en una población dada en un momento dado no es una casualidad. Tiene una configuración definida por la etiología, la incidencia, el predominio y la mortalidad en su relación con la edad, el sexo, la clase social, la ocupación, el modo de vida, u otros factores conectados de una u otra forma con la estructura, la cultura y la psicología de una sociedad. (1985, p. 53)

Mismo aserto confirma Flores (1992, p. 23) cuando asienta que las enfermedades que más diezmaron a la población masculina del Real del Monte, en 1874, fueron las que tenían que ver con el sistema respiratorio y con los accidentes fatales, entre otras, cuyos porcentajes de 35.2 por ciento y 11.17 por ciento respectivamente se acercan con los que tenemos para Santa Rosalía durante 1903-1910, como se mira en la Figura 7.

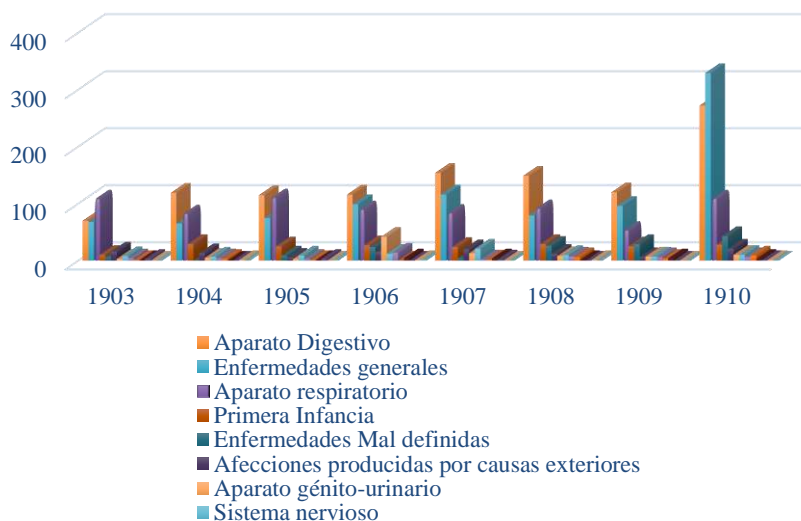


Figura 6. Tipos de enfermedades entre los pobladores de Santa Rosalía 1903-1910.

Fuente: AHPLM, vol. 400 bis, docs. 452, 453, 454 y 449, exps. 10, 11, 12 y 13.
 AHPLM, vols. 434, 423 y 417, docs. 776, 464, 465, 328 y 587, exps. 24, 25, 26 y 27.
 AHPLM, vols. 451 bis y 452 bis, docs. 587, 595, 496 y 597, exps. 25, 26, 27 y 28.
 AHPLM, vols. 473 y 474 bis, docs. 613, 614, 615 y 650, exps. 18, 19, 20 y 21.
 AHPLM, vols. 509, 501 y 502, docs. 741, 519, 543 y 540, exps. 22, 23, 24 y 25.
 AHPLM, vols. 524 y 521, docs. 361, 358, 289 y 291, exps. 15, 16, 17 y 18.

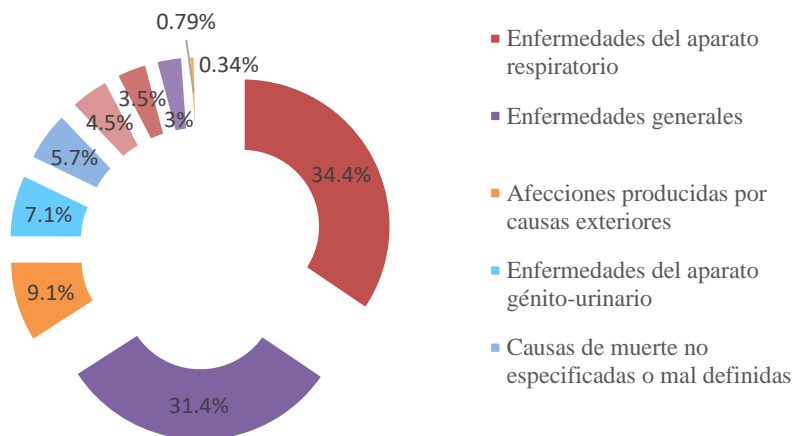


Figura7. Enfermedades causantes de muerte en la población operaria 1903-1910. Fuente: AHPLM, vol. 400 bis, docs. 452, 453, 454 y 449, exps. 10, 11, 12 y 13. AHPLM, vols. 434, 423 y 417, docs. 776, 464, 465, 328 y 587, exps. 24, 25, 26 y 27. AHPLM, vols. 451 bis y 452 bis, docs. 587, 595, 496 y 597, exps. 25, 26, 27 y 28. AHPLM, vols. 473 y 474 bis, docs. 613, 614, 615 y 650, exps. 18, 19, 20 y 21. AHPLM, vols. 509, 501 y 502, docs. 741, 519, 543 y 540, exps. 22, 23, 24 y 25. AHPLM, vols. 524 y 521, docs. 361, 358, 289 y 291, exps. 15, 16, 17 y 18.

Al enfocar nuestro lente al total de defunciones por ocupación, encontramos que en ese mismo lapso de 1903-1910, la primacía se la llevaron los operarios, siguieron aquellos que desempeñaban un oficio o servicio (carpinteros, albañiles, fogoneros, calderos, marineros, empleados y comerciantes). Pero si abrimos más el lente, observamos que el mayor número de defunciones se registró en quienes no realizaban ocupación alguna, en este caso estaban los niños y las mujeres (Figura 8), cuyas causas derivaron de las condiciones de insalubridad y pobreza.

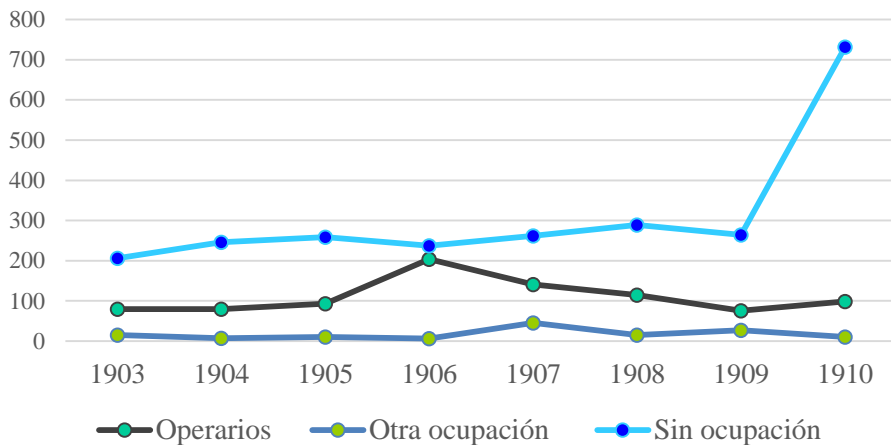


Figura 8. Defunciones por ocupación en Santa Rosalía 1903-1910. Fuente: Fuente: AHPLM, vol. 400 bis, docs. 452, 453, 454 y 449, exps. 10, 11, 12 y 13. AHPLM, vols. 434, 423 y 417, docs. 776, 464, 465, 328 y 587, exps. 24, 25, 26 y 27. AHPLM, vols. 451 bis y 452 bis, docs. 587, 595, 496 y 597, exps. 25, 26, 27 y 28. AHPLM, vols. 473 y 474 bis, docs. 613, 614, 615 y 650, exps. 18, 19, 20 y 21. AHPLM, vols. 509, 501 y 502, docs. 741, 519, 543 y 540, exps. 22, 23, 24 y 25. AHPLM, vols. 524 y 521, docs. 361, 358, 289 y 291, exps. 15, 16, 17 y 18.

El mismo lente que tenemos, nos permitió mirar también cual fue el comportamiento de las defunciones por edad. Observamos que el mayor número se registró en la infancia, considerada oficialmente entre 0 a 7 años, cuyo promedio fue de casi 240 decesos al año (54.73 por ciento), siendo las enfermedades del aparato digestivo las que más diezmaron a esa población; siguió la adultez, de más de 20 a 60 años, considerada como la edad productiva tanto en hombres como mujeres, en la que el promedio anual fue de alrededor de 148 defunciones (33.66 por ciento). Al agregar las cifras de la adolescencia, pubertad y vejez, tenemos que morían al año 439 personas, lo que se tradujo en 37 al mes y 1.2 al día (Figura 9). Ello correspondía al 47 por ciento del total de las defunciones que ocurrían en el Distrito Sur de la Baja California, por lo que a la vida cotidiana de los rosalinos se sumó el dolor, donde el refugio para muchos fue la iglesia y la embriaguez, con la posibilidad de que esta última los orillara a la criminalidad y terminaran abonando más a los índices de mortalidad.

CONSIDERACIONES FINALES

El carácter aislado, despoblado y periférico del Distrito Minero de Santa Águeda obligó a la compañía El Boleo a construir el pueblo de Santa Rosalía como basamento para el desarrollo de su actividad minero-metalúrgica. Un pueblo cuyo equipamiento urbano, entendido éste como la dotación de los servicios más indispensables para la subsistencia y reproducción de las familias operarias, como eran los de agua potable, drenaje, salud y abasto, fueron insuficientes y nulos algunos. Como dueña y patrona sustrajo al centro minero de toda injerencia del poder público: impuso no solamente las condiciones laborales, reguló también el acontecer cotidiano de las familias, al racionar los servicios como se hizo evidente con el agua o mantener al pueblo sin un sistema de drenaje. Situación que provocó una vivencia permanente de insalubridad, que sumada a las condiciones de trabajo inhumanas y a una alimentación precaria hicieron que la política modernizadora del gobierno de Porfirio Díaz en torno a la salud pública se encontrara con un ambiente social nada propicio para el cultivo de los dispositivos higiénicos. Por consiguiente, aquella idea de "bienestar físico y moral de las actividades somáticas e intelectuales" que definían a la salud, fue distante de la población trabajadora, pero también de la gran mayoría de las familias, quienes diariamente se enfrentaban a la muerte, como lo dejan ver las cifras que soportan este estudio, en las que el coeficiente de mortalidad en promedio al año era de 53.30 por ciento cuando a nivel nacional oscilaba entre el 31 y 33 por ciento, contrarias a las cifras que distinguían a la empresa como una de las principales productoras de cobre en el país. En fin, un proceso modernizador con dos caras.

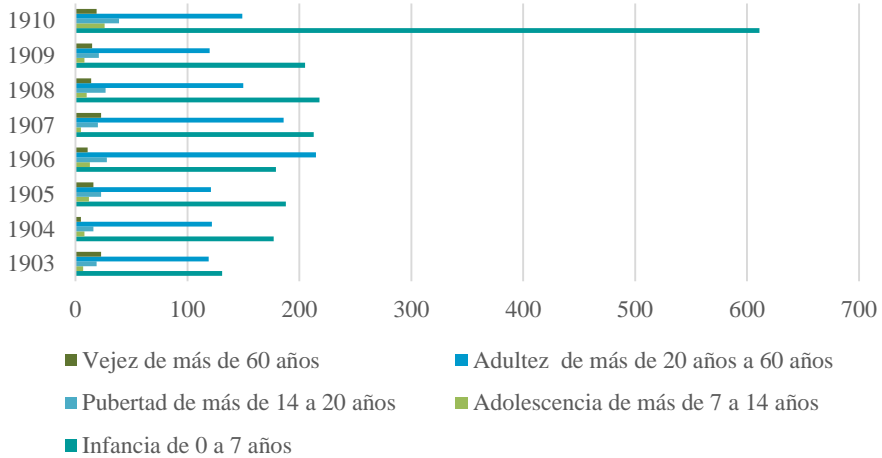


Figura 9. Defunciones por edad en Santa Rosalía 1903-1910. Fuente: AHPLM, vol. 400 bis, docs. 452, 453, 454 y 449, exps. 10, 11, 12 y 13. AHPLM, vols. 434, 423 y 417, docs. 776, 464, 465, 328 y 587, exps. 24, 25, 26 y 27. AHPLM, vols. 451 bis y 452 bis, docs. 587, 595, 496 y 597, exps. 25, 26, 27 y 28. AHPLM, vols. 473 y 474 bis, docs. 613, 614, 615 y 650, exps. 18, 19, 20 y 21. AHPLM, vols. 509, 501 y 502, docs. 741, 519, 543 y 540, exps. 22, 23, 24 y 25. AHPLM, vols. 524 y 521, docs. 361, 358, 289 y 291, exps. 15, 16, 17 y 18.

LITERATURA CITADA

- Agostoni, C. (2018). Lo médicos científicos, médicos ilícitos en la ciudad de México durante el porfiriato. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 56, 13-31.
- Agostoni, C. (2005). Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México. En A. Staples. (Coord.), *Historia de la vida cotidiana en México IV Bienes y Vivencias. El siglo XIX* (pp. 563-597). México: Fondo de Cultura Económica.
- Álvarez Amézquita, J., et al., (1960). *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. México: IMSS.
- Beltrán Castillo, E. (2016). *Reglamentos para la Historia de la convivencia social en la municipalidad de La Paz, durante el siglo XIX*, (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Baja California Sur, La Paz, Baja California Sur.

- Carrillo, A.M. (2002). Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)". *História, Ciências, SaúdeManguinhos*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400004>
- Cázarez, P. y Ojeda, S. (2017). Enfermedades en Mazatlán durante el siglo XIX. *Ra Ximhai*, 13 (2), 153-174.
- Cruz, N. E. (1992). La higiene y la política sanitaria en el porfiriato. Su difusión y ejercicio en Puebla. *La Palabra y el Hombre*. Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/1576>.
- Cuevas, M. M., Romero, J. M. (2018), *Una mirada de mujer sobre el mineral El Boleo. Las cartas de Hélène Escalle 1886-1889*. México: Gobierno del estado de Baja California Sur, Secretaría de Cultura, Instituto Sudcaliforniano de Cultura, Archivo Histórico Pablo L. Martínez.
- D'Olwer, L. N. (1985). Las inversiones extranjeras. En D. Cosío, *Historia Moderna de México, el Porfiriato, Vida económica*, Segunda parte (pp. 973-1185). México: Editorial Hermes.
- Flores, E. (1992). Trabajo, salud y muerte: Real del Monte, 1874. *Cuadernos de Historia*, (3), 9-27.
- Gastélum, R. (1985). Historia del problema del agua en Santa Rosalía, B.C.S. En R. Gastélum. (Ed.), *Centenario de Santa Rosalía 1885-1985* (pp. 2017-2018). La Paz, Baja California Sur, México: Edición del Gobierno del Estado de Baja California Sur.
- González, E. (2016). *La compañía El Boleo: una empresa de capital francés durante el régimen porfiriano*. México: Universidad Autónoma de Baja California Sur.
- González, E. (2000). *La compañía El Boleo: su impacto social en la municipalidad de Mulegé (1885-1918)*. México: Universidad Autónoma de Baja California Sur/Minera Curator, S.A. de C. V. /Colegio de Bachilleres de BCS.
- González, E. (1985). *La inversión francesa en la minería durante el Porfiriato: La Compañía El Boleo, Santa Rosalía*, (tesis de pregrado). Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.
- Gracida, J. J. (1997). El Sonora Moderno (1892-1910). En C. Radding (coord.), *Historia General de Sonora IV. Sonora Moderno: 1880-1929* (pp. 77-138). Hermosillo, Sonora, México: Gobierno del Estado de Sonora.
- Heller, Agnes. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona, España: Península.

- Kortheuer, D. (2001). *Santa Rosalía and Compagnie du Boleo: The Making of a Town and Company in the porfirian frontier 1885-1900* (tesis de doctorado). University of California, Irvine. Ann Arbor: UMI films.
- Nava, G. (1980). La minería bajo el porfiriato. En C. Cardoso (coord.), *México en el siglo XIX (1821-1910) Historia económica y de la estructura social* (pp. 339-379). México: Nueva Imagen.
- Nava, G. (1974): La minería. En D. Cosío, *Historia Moderna de México. El Porfiriato. Vida económica*, Primera parte (pp. 179-310). México: Editorial Hermes.
- Oliver, L. (2003). *Salud, desarrollo urbano y modernización en Guadalajara (1797-1908)*. México: Universidad de Guadalajara.
- Ota, M. E. (1982). *Siete migraciones japonesas en México 1890-1978*. México: El Colegio de México.
- Preciado, J. (1991). La población china en sudcalifornia en el primer tercio del siglo XX. En J. Preciado, M. E. Altable. (Eds.), *Sociedad y Gobierno en el sur de la Baja California. Cinco aproximaciones históricas* (pp. 173-24). México: Universidad Autónoma de Baja California Sur.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI editores.
- Romero, J.M. (2001). *La minería en el Noroeste de México: utopía y realidad 1850-1910*. México: Universidad de Sonora/Plaza y Valdés editores.
- Romero, J. M. (1991). *El Boleo, Santa Rosalía, Baja California Sur. Un pueblo que se negó a morir 1885-1954*. México: Universidad de Sonora/Gobierno del estado de Baja California Sur/Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos/Embajada de Francia en México.
- Secretaría de Fomento (1898). *Anales del Ministerio de Fomento de la República Mexicana*, tomo XI. México: Oficina TIP de la Secretaría de Fomento.
- Sigerist, H. (1981). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI editores.
- Soltero, M. G. (1989). Modernización de la minería en Sonora: Nacozari-Pilares. En J. M., Romero. (Coord.), *XIII Simposio de Histroia y Antropología de Sonora* (325-335). Hermosillo, Sonora: Editorial UniSon.
- Zavala, M. C. (2010). *El arte de conservar la salud en el porfiriato. Higiene pública y prostitución en Morelia*. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Referencias

Archivos

Archivo Histórico Pablo L. Martínez, La Paz, Baja California Sur.

Archivo General de la Nación, Ciudad de México.

Biblioteca del Archivo General de la Nación, Ciudad de México.

Hemerografía

La Libertad, Guaymas, Sonora.

SÍNTESIS CURRICULAR

Edith González Cruz

Licenciada en Historia (UV). Maestría en Historia Regional (UABCS). Doctora en Historia (UABCS). Profesora-investigadora de tiempo completo en el Departamento Académico de Humanidades de la Universidad Autónoma de Baja California Sur. Pertenece al SNI, Nivel I. Es responsable de la Maestría en Investigación Histórico-Literaria, inscrita en el Programa de Posgrados de calidad del CONACYT, así como del Cuerpo Académico de Historia Regional, reconocido por el PRODEP como en grado de en consolidación. Su última publicación: "La minería de plata y cobre en el Distrito Sur de la Baja California: el proceso de urbanización en El Triunfo y Santa Rosalía durante la época porfiriana", publicado en la revista *Memoria Americana. Cuadernos de Etnohistoria*, no. 26.2, Julio-Diciembre 2108, de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: edith@uabcs.mx

INSTRUCCIONES PARA POSTULAR ARTÍCULOS A LA REVISTA RA XIMHAI

La revista *Ra Ximhai* de la Universidad Autónoma Indígena de México, tiene como objetivo la publicación de artículos científicos y técnicos inéditos, ensayos, revisiones bibliográficas y reseñas de libros en español, vinculados a las ciencias sociales, que presentan los resultados de las investigaciones científicas y tecnológicas concebidas por la comunidad de especialistas en el área.

Los trabajos deben ser originales e inéditos. Los textos deben de ser un aporte al conocimiento de las ciencias sociales y no deben de haber sido propuestos en otras revistas académicas.

Tipos de contribuciones

- *Artículos de investigación.* Deben ser propuestos temporales o definitivos de investigación. Deben de contener por lo menos introducción, metodología, resultados y conclusiones.

- *Ensayos científicos.* Derivados de investigación de campo, documental, combinada o de estudios de caso.

- *Estado del arte.* Elaborado a partir de perspectivas críticas y analíticas de revisiones bibliográficas donde se sistematizan y analizan teorías, metodologías y resultados de investigaciones en un campo específico del conocimiento con el propósito de exponer las diferentes tendencias predominantes (no menos de 25 referencias).

- *Reseñas bibliográficas.* Pueden ser de divulgación (de 3 a 5 páginas) o reseñas críticas que expongan las condiciones teóricas, metodológicas, epistemológicas y analíticas del libro reseñado.

Características de los trabajos

- Deberán tener la forma y presentación de artículo, ensayo científico, estado del arte o reseña bibliográfica.
- Los textos usarán mayúsculas y minúsculas.
- Deberán ser enviados sin errores ortográficos ni gramaticales.

- Extensión mínima de 20 cuartillas y máxima de 25 incluyendo gráficas o cuadros en el tamaño carta que por default da el procesador de textos Word. Letra Times New Roman 12 pts., a un espacio y medio (1.5).
- Las citas textuales dentro del texto no deben de exceder 10 renglones. Las notas adicionales deben de ir numeradas, a pie de página y con interlineado sencillo. No deben de exceder cinco renglones.

Estructura formal del artículo

- Título

El artículo se iniciará con un título en español y en inglés. Debe presentarse en forma breve, es decir, indicar la naturaleza del trabajo de la manera más clara posible. No exceder 12 palabras.

- Autor o autores

El (los) nombre (s) del (los) autor (es) seguido por sus apellidos, los cuales deben estar separados por un guion sin espacios.

- Resumen

Se expondrá una síntesis del trabajo no mayor a 10 renglones, incluyendo los aspectos más relevantes: importancia, materiales y métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir en el antecedente, discusión, citas, llamados a cuadros, figuras y referencias a pie de página. Estará escrito en español (Resumen) y en inglés (*Abstract*). El *Abstract* podrá tener hasta 10 renglones.

- Palabras clave

Son palabras ubicadas después del resumen, que se citan para indicar al lector los temas principales a los que hace referencia el artículo, además de facilitar la recopilación y búsqueda de la cita en bancos de información. Se requiere un número entre tres y seis y no deben estar contenidos en el título.

- Key words

Son las mismas palabras que se incluyen en el apartado anterior, pero en inglés. Se enlistarán después del "Abstract".

- Introducción

En este apartado se justificará la realización de la investigación. Deberá ser breve y mencionar la importancia, antecedentes referentes al tema y objetivos del estudio.

- Métodos y técnicas de investigación

Aquí se describirán los métodos y técnicas de investigación aplicadas, tanto para la realización del trabajo como para el análisis de resultados.

- Resultados y Discusión

Se describirán los resultados relevantes, de una manera clara, ordenada y concisa. Se pueden incluir en el texto, dibujos, fotografías cuadros y/o gráficas que apoyen a la comprensión del escrito. Debe evitarse repetir en el texto la información presentada en cuadros y figuras. Además, en este apartado se presentarán las explicaciones de los resultados y comparación con trabajos anteriores, así como, las sistematizaciones, inferencias y comentarios valiosos que puedan surgir de los resultados. También se debe concluir con afirmaciones relacionadas con los objetivos planteados sin rebasar los alcances del artículo.

- Conclusiones

Cuando lo requiera el trabajo estas se redactarán de modo breve, preciso y directo. Evite repetir información ya trabajada previamente, así mismo como introducir nueva información.

- Literatura citada

En este capítulo se presentan únicamente las referencias bibliográficas citadas a lo largo del artículo. Para ello el autor se guiará por las Normas APA, sexta edición.

- Agradecimientos

Al final del artículo, se mencionará el reconocimiento a personas, instituciones, proyectos, fondos, becas de investigación, etc. que apoyaron la realización de la investigación presentada.

- Síntesis curricular

En este capítulo se debe informar de modo breve, pero completo, los datos personales, de contacto, los principales títulos y logros académicos y la filiación académica; además de expresar sintéticamente el trabajo actual y las principales contribuciones hechas por el autor en el campo de la investigación, la docencia o la extensión universitaria.

Reseña de libros

Debe incluir:

- Título del libro reseñado.
- Editorial, ciudad de edición y año de edición.
- Nombre y antecedentes personales del autor, institución a la que pertenece y correo electrónico.
- Notas a pie de página (opcional).
- Bibliografía al final del texto, de acuerdo a la normatividad APA (si emplea referencias adicionales al libro reseñado).

Formato para la redacción del artículo

Generalidades

Cuadros

Los cuadros deben documentar, pero no duplicar los datos ya presentados en el texto. El título deberá ser corto, preciso y antes del cuadro, comenzando con mayúsculas la palabra “Cuadro”, e indicando lo que se presenta en las columnas.

Figuras

Al pie de la imagen estará una leyenda con la palabra “Figura” seguida por el número arábigo que le corresponde en la secuencia y un texto que contenga la información necesaria para comprender el contexto de la figura y al igual que los cuadros se deben entender por sí solos sin recurrir al texto, en tamaño 11. Todas las figuras deben citarse en el texto.

La palabra figura se refiere al uso de tablas, gráficos, dibujos, fotografías, diagramas, mapas, y demás información visual que complementa el texto. En ningún caso las figuras deben llevar marcos; cuando estas sean de autoría del investigador, se debe omitir la fuente, pues con ello se indica que la autoría es propia.

Envío de trabajos

Los trabajos a postular deben ser enviados a:
raximhai@uaim.edu.mx

SUSCRÍBASE NO DEJE PASAR ESTA OPORTUNIDAD

Inscripción a la revista Ra Ximhai

Estoy interesado en la suscripción anual (2 números) de la revista:

Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)	
Domicilio	No. Ext.	No. Int.	Colonia	C.P.
Ciudad	Estado	País	Teléfono	Correo electrónico
Profesión u oficio:				
Empresa/organización/institución:				
Forma de pago:	Cheque ()		Efectivo ()	

COSTO:

México	\$	450.00
Otra parte del mundo	US Dlls	70.00

Depositar a la Cuenta: 22000518800 del Banco Santander a nombre de la Universidad Autónoma Intercultural de Sinaloa.

Remitir esta forma y ficha de depósito a:

Dr. Ernesto Guerra García

Revista Ra Ximhai. Fuente de Cristal 2334 entre Coral y Cuarzo. Fracc. Fuentes del Bosque. Los Mochis, Sinaloa. C.P. 81290 Tel: (668) 816-03-20 Ext. 1601. raximhai@uaim.edu.mx

La edición de este número estuvo a cargo del Comité Editorial de la Universidad Autónoma Indígena de México (UAIM). Tiraje 1000 ejemplares. Impreso en la Imprenta Universitaria 2020.

DIRECTORIO UAIM

Dra. María Guadalupe Ibarra Ceceña
Rectora

M. en E. y N. Ignacio Flores Ruiz
Secretario General

Lic. Francisco Javier Chan Medina
Coordinador General Administrativo

M. en E. y N. Aneth Yuriria de Jesús López Corrales
Coordinadora General Educativa

Dr. Ernesto Guerra García
Coordinador General de Investigación y Posgrado

Lic. Silvia Nereyda Mendivil Ceballos
Directora General de la Unidad Mochicahui

Lic. Jesús Rodolfo Cuadras Sainz
Director General de la Unidad Los Mochis

M. en C. Roberto Carlos Barreras Fitch
Director General de la Unidad Choix

Dr. José Emilio Sánchez García
Director General de la Unidad Virtual

M. en E. S. María Azucena Caro Dueñas
Directora Editorial

Colaboradores

Editor General y Traductor
M. en C. Pedro Antonio López de Haro

Apoyo editorial
Ing. Aminne Armenta Armenta

Webmaster
Julián Octavio Román Valenzuela

Revista Ra Ximhai. Fuente de Cristal 2334 entre Coral y Cuarzo. Fracc. Fuentes del Bosque. Los Mochis, Sinaloa. C.P. 81290 Tel: (668) 816-03-20 Ext. 1601. Correo electrónico: raximhai@uaim.edu.mx

Stigma and discrimination in a person living with HIV/AIDS: a phenomenological approach

Lucely Maas-Góngora; Lúbia del Carmen Castillo Arcos; Anelís Cerón Salazar; Juan Yovani Telumbre Tereiro y Manuel Antonio López Cisneros

Effect of perceived behavioral control on illicit drug use in adolescents

Jessica Guadalupe Abumada Cortez; Francisco Rafael Cuzmar Facundo; Mario Enrique Gómez Medina y Carolina Valdez Montero

Emotional intelligence and perceived stress: analysis in adult dependent and non-dependent to drugs

Julia Lisseth Villarreal Mora; Edgar Breso Esteve; Edna Idalia Paulina Navarro Oliva; Martín Sánchez Gómez; Reyna Torres Obregón y Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Knowledge about unplanned pregnancies, HIV, and STI, and sexual resilience in adolescents

Lúbia del Carmen Castillo Arcos; Diana Moreno Bernal y Lucely Maas-Góngora

Manifestation of the socio-environmental risk factors that incited in the pathological gambling in gamblers in treatment of Culiacán

Rubén Sánchez Ramos y Carolina Valdez Montero

Social representations of the concept of sexuality in secondary teens

Martha Ofelia Valle Solís; Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez e Iuri Coabtepetzin Zetala Pérez

Social permissivity, spirituality and intake of alcoholic drinks in adolescents

Juan Yovani Telumbre Tereiro; Manuel Antonio López Cisneros; Gloria Margarita Razo Gómez; Gen Salome Mendoza Catalán y Lucero Fuentes Ocampo

Use of pornography and consumption of licit drugs in adolescents

Mario Enrique Gómez Medina; Jessica Guadalupe Abumada Cortez; Carolina Valdez Montero y Lucía Caudillo Ortega

Social representations of breastfeeding: gender perspective and experiences of mothers with paid work

María de los Angeles Ramírez Uribe y Rosario Edith Ortiz Félix

Effect of cardiovascular exercise program on affects in older adults: clinical trial

Erick Landeros Olvera; Joaquín Gil Benítez; Claudia Sosa Rodríguez; Rosa María Galicia Aguilar y Natalia Ramírez Girón

Contraceptive behavior from a look of the ecological model

Lucía Caudillo Ortega; Víctor Manuel Frusto Ramos y María Luisa Flores Arias

Explanatory model on the behavior of alcohol consumption of young people in the rural and urban area

Annel González Vázquez; Karla Selene López García y Anadi Tzuc Mosquera

Problem solving and selfcare in patients with type diabetes 2

Patricia Eneida Miranda Félix; Rosario Edith Ortiz Félix y Bertha Cecilia Salazar González

Work-health relationship in the mines of Santa Rosalita, Baja California Sur, during the porfirian regime

Edith González Cruz