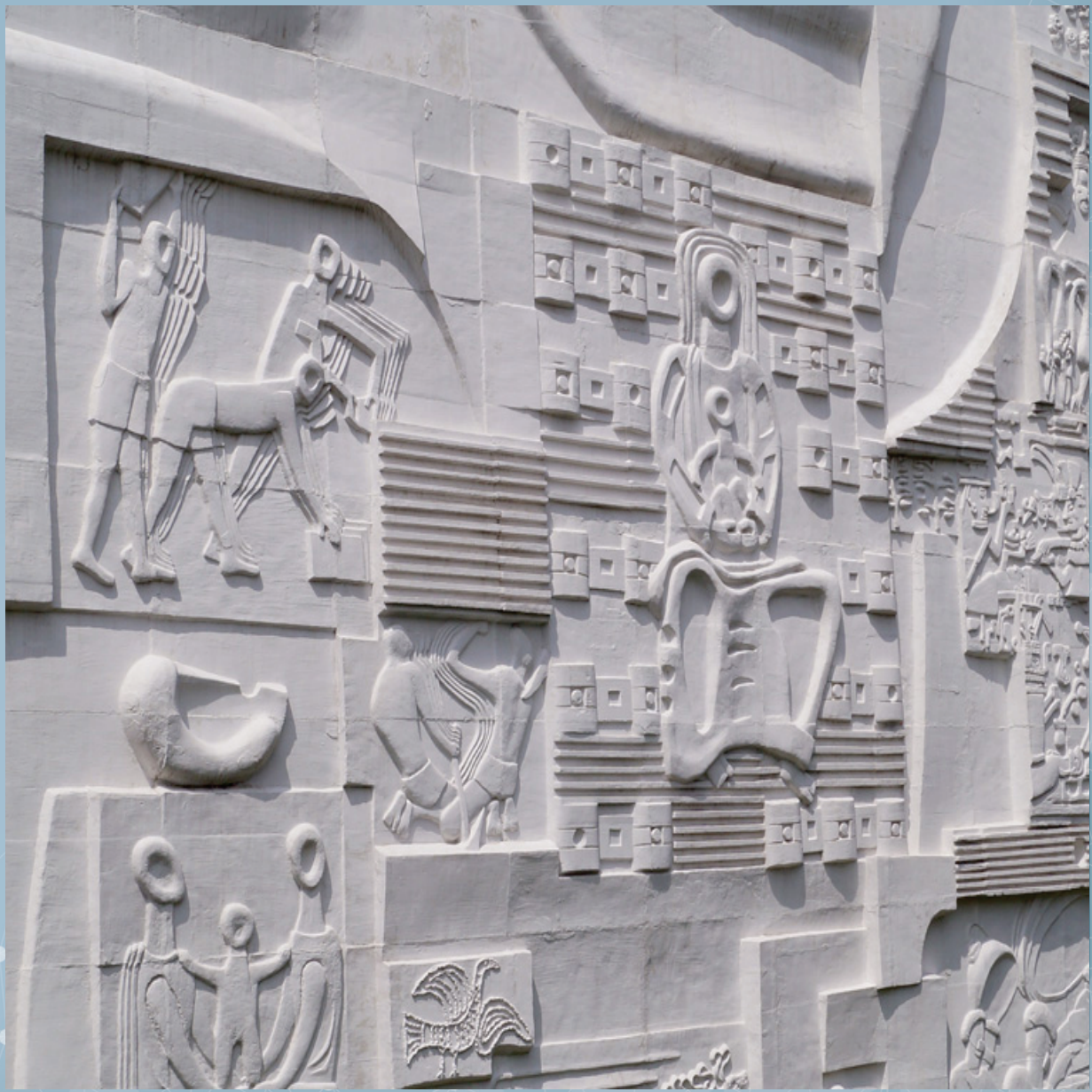


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



# Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

septiembre - diciembre 2015

Vol. 14  
**N.3**

# INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

## Manuel Velasco Suárez

# Revista de Enfermería Neurológica

<b>Presidente emérito</b>	Dr. Julio Sotelo Morales
<b>Fundadora de la revista</b>	Lic. Hortensia Loza Vidal
<b>Directora Ejecutiva</b>	MRN Rocio Valdez Labastida
<b>Editora</b>	MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
<b>Editores asociados</b>	Dra. Teresa Corona Vázquez
<b>Consejo editorial</b>	Dr. Miguel Ángel Celis López Dr. Pablo León Ortíz Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz
<b>Tecnología de la información</b>	MTI. Manuel Iván Castro Méndez Ing. Laura Elena Granados Valdez LIE. Eley Eunyce Espinoza Ramírez
<b>Diseño y formación editorial</b>	Lic. Lizeth Pliego Delgado

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez  
Revista de Enfermería Neurológica (México) 2015

Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia su publicación en enero del año 2000. Publicación cuatrimestral. Editada por la Subdirección de Enfermería. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la coordinación de investigación en enfermería a la MCE Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur #3877, Col La Fama, 14269, Tlalpan, México, Distrito Federal; Teléfono (55) 5606 3822 Et. 1062, 1063, 2099 y 5031. Planta baja Edificio de Investigación sociomédica, laboratorio de investigación en enfermería. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica; no significa compromiso de esta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin la autorización del titular por escrito. Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2004-051117043800-102, ISSN- 1870-6592, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor, Reserva reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando no se mutile, se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.revenfneuroenlinea.org.mx>  
Diseñada, producida e impresa en México con Concepto28. Tels.: (55) 3116 9084 y (55) 1014 3955 correos electrónicos: [ricardo.garcia@concepto28.com](mailto:ricardo.garcia@concepto28.com) y [alejandra.machorro@concepto28.com](mailto:alejandra.machorro@concepto28.com)  
Indizada en CUIDEN, LILACS Y BVS Enfermería Regional



# Revista de Enfermería Neurológica

## Comité Editorial

### Nacional externo

**Dra. Laura Morán Peña**

*Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería ALADEFE*

**Dr. Juan Pineda Olvera**

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM*

**Dra. Susana González Velázquez**

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM*

**Dra. Silvia Crespo Knopfler**

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM*

**Mtra. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez**

*Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI*

**MEE. Rosa A. Zárate Grajales**

*Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM*

**Dr. Luis Manuel Fernández Hernández**

*Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl*

**Mtro. Héctor Neboť García**

*Academia Nacional Mexicana de Bioética A. C.*

**Mtro. Gerardo Pluma Bautista**

*Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl*

**Dra. Sofía Echeverría Rivera**

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Dra. Martha Landeros López**

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Dra. María Candelaria Betancourt Esparza**

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Dra. Alejandra Hernández Castañón**

*Universidad Autónoma de Querétaro*

**Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis**

*Universidad Autónoma de Nuevo León*

**Dr. Erick Alberto Landeros Olvera**

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Puebla*



# Revista de Enfermería Neurológica

## Comité Institucional

EEN. Alejandro Belmont Molina  
MHEO. Alejandra Ibarra Rangel  
MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar  
MEE. Araceli Sánchez Ramos  
MRN. Irene Quiza Tomich  
MRN. Rocio Valdez Labastida

## Comité Insternacional

Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar

*Universidad de Antioquia Colombia*

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Epartamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Umpiérrez*

Dra. Maria Helena Palucci Marziale

*Prof. Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Centro Colaborador OMS para OMS Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem Coordenadora*

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

*Universidad de Concepción Chile*

Dra. Edith Rivas Riveros

*Universidad Andrés Bello, Chile*

Dr. Augusto Ferreira Umpiérrez

*Prof. Titular Investigador Departamento de Áreas Clínicas, Director Revista Enfermería: Cuidados Humanizados Universidad Católica del Uruguay Montevideo, Uruguay*

Ma. José López Montesinos

*Directora del Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia España*

Isabel Amélia Costa Mendes

*Professor Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Director, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil*





# Contenidos

## Artículo original

**121-128**

**VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA, 2015**

**129-138**

**PRENSIÓN DEL LÁPIZ Y ESCRITURA EN UNIVERSITARIOS**

**139-147**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE**

**148-158**

**RELACIÓN ENTRE PROBABLE DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS MAYORES**

**159-168**

**PRINCIPALES CAUSAS DE PORQUE LA POBLACIÓN MEXICANA PROCRASTINA EN SU SALUD**

## Artículo de revisión

**169-175**

**CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA PILOTO: REVISIÓN DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN ENFERMERÍA**

# Contents

## Original article

**VIOLENCE IN THE RELATIONSHIP OF NURSING  
STUDENTS, 2015**

**121-128**

**PRESSION OF THE PENCIL AND WRITING IN  
UNIVERSITY STUDENTS**

**129-138**

**ADHERENCE AND FAMILYFUNCTIONING IN  
PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

**139-147**

**PROBABLE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE  
IMPAIRMENT AND DEPRESSION IN OLDER PEOPLE**

**148-158**

**MAIN CAUSES OF BECAUSE THE MEXICAN  
POPULATION PROCRASTINA IN YOUR HEALTH**

**159-168**

## Review article

**CHARACTERISTICS OF THE PILOT TEST: A REVIEW  
OF ARTICLES PUBLISHED IN NURSING**

**169-175**

# Editorial

## EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD

### EXPERIENCE IN HEALT RESEARCH

La experiencia de investigación significa un gran reto para toda profesión y en especial al área de la salud de enfermería, ya que para brindar cuidados con calidad<sup>1</sup>, de forma holística e institucional se requiere contar con conocimientos actualizados, los cuales en ocasiones origina la ruptura de varios paradigmas que se vienen realizando día con día. Además de ser un elemento fundamental para la formación de recursos de enfermería.

Todo proceso investigativo genera distintas formas de conocimientos donde se ve implicado el conocimiento científico y la evidencia en enfermería valorando así las tendencias científicas y tecnológicas.

Cabe señalar que los logros en investigación no han avanzado al mismo ritmo que la globalización, sin embargo, son comparativamente mejores que antes, esto se debe en gran medida a que los fondos de financiamiento suelen ser escasos y muy competidos, ya que la investigación en salud pública no se le suele dar un gran peso, por los administradores de recursos y por los evaluadores de proyectos. Es por lo que, en toda investigación, se debe promover el trabajo cooperativo, institucional, interinstitucional, interdisciplinarios y la articulación de actividades, respetando siempre la autonomía de los grupos, aprovechando sus experiencias y promover el uso compartido de recursos para la investigación para beneficio de los demás. Así mismo es necesario desarrollar proyectos de investigación en temas prioritarios de la agenda de salud, objetivos

de milenio, plan de desarrollo en salud, políticas y sistemas de servicios de salud; como calidad de la vida de acuerdo a las tendencias demográficas y epidemiológicas, condiciones de producción y reproducción social que determinan el proceso salud-enfermedad.

Todo proceso investigativo tiene el propósito de cerrar las brechas entre los investigadores, los tomadores de decisiones y la población en general por lo que es necesario reposicionar la investigación en la agenda política en salud. Para promover, restaurar, mejorar o mantener el estado de salud de la población. La generación del conocimiento sustentada en las evidencias de la investigación en enfermería nos permite tomar decisiones más acertadas con el propósito de elevar las condiciones de salud de la población.

Por lo que aun cuando el proceso de publicación tiene diferentes pasos es necesario no claudicar en ninguno de estos y mantener siempre la motivación para cumplir con el objetivo de mantener o mejorar el proceso de salud de una población<sup>2</sup>. Este sentido como disciplina de enfermería es necesario crear líneas de investigación y consolidar aún más la investigación en enfermería.

La Revista de Enfermería Neurológica constituye un gran medio para divulgar los trabajos científicos, experiencias del personal de salud a nivel nacional e internacional.

Alba Leonel Adela, Maestra en Ciencias en Epidemiología y Profesora de Carrera Asociada C  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México  
Correo electrónico: adelalballeonel@yahoo.com.mx

<sup>1</sup>Alarcon MA, Astudillo DP. La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas. Ciencia y enfermería. 13; (2):2007

<sup>2</sup>Moreno N. M, Galván G. M. La investigación en el desarrollo profesional de Enfermería Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 61-62.



# VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA, 2015

## VIOLENCE IN THE RELATIONSHIP OF NURSING STUDENTS, 2015

Recibido 28 de abril 2015  
Aceptado 22 de septiembre 2015

### Correspondencia:

M. en C. Adela Alba Leonel  
Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan  
Col. San Lorenzo Huipulco C. P. 14370  
Tlalpan, México, D. F.  
Tel. 55 56 23 32 Ext. 269  
adelaalbaleonel@yahoo.com.mx

### Autores:

M. en C. Adela Alba Leonel

*Mtra. en Ciencias Sociomédicas con énfasis en Epidemiología. Profesor de Carrera Asociado "C", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM*

M en C. Julio Hernández Falcón

*Mtro. en Investigación de Servicios de Salud Profesor de Carrera Asociado "C", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM*

Ing. Joaquín Papaqui Hernández

*Ing. en Computación y Especialista en Estadística Aplicada, Instituto Mexicano de Seguridad Social*

Ing. Rubén Roa Ponce

*Ing. en Computación. Técnico Académico Asociado "A", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*

Ing. Sirenia Pérez Cabrera

*Ing. en Computación. Profesor de Asignatura "A", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*

**Palabras clave:** violencia en la relación de pareja, violencia física, violencia emocional, violencia psicológica y violencia sexual

**Keywords:** violence in the relationship, physical violence, emotional violence, psychological violence and sexual violence



## RESUMEN

**Introducción:** La Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, reportó que el 46.1% de las mujeres de más de 15 años han sufrido violencia de parte de sus parejas.

**Objetivo:** Conocer y adentrarse en el estudio de violencia en las relaciones de pareja de los estudiantes de la ENEO-UNAM.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, la unidad de observación fueron alumnos de las carreras: Lic. en Enfermería y Lic. en Enfermería y Obstetricia, el muestreo fue no probabilístico. Se aplicó un cuestionario expofeso "Detección de violencia en pareja", de 15 reactivos.

**Resultados:** Se estudiaron 112 alumnos, el 84.8% correspondió al género femenino, el 51% tienen menos de 20 años, 37% tiene entre 20-23 y el 12% más de 23 años de edad. El 85.7% de las (os) alumnos, informo que tiene violencia emocional (controla su tiempo, celos y la acusa de ser le infiel), El 38.3% está en proceso de gestación de dependencia, el 15.8% tiene violencia económica, el 1.8% dijo tener violencia física, el 8.9% reportó violencia psicológica y solo se reportó un caso de violación por parte de su pareja.

**Conclusiones:** Se confirma que existe violencia en las relaciones de pareja de tipo: emocional, dependencia, física, económica y sexual en los alumnos de enfermería, por lo que se debe de implementar y aplicar una intervención para disminuir esta. Es necesario fomentar que toda pareja llegue a acuerdos, donde se establezcan límites y distancias, sobre todo fomentar el mutuo respeto.

**Palabras clave:** violencia en la relación de pareja, violencia física, violencia emocional, violencia psicológica y violencia sexual.

## ABSTRACT

**Introduction:** The National Survey on the Dynamic of Household Relations (ENDIREH) 2011, reported that 46.1% of women over 15 have experienced violence by their partners.

**Objective:** To determine and enter the study of violence in relationships of students ENEO-UNAM.

**Methodology:** A descriptive study, the observation unit were students of the races: Lic. Nursing and Nursing and Midwifery, was non-probability sampling. a questionnaire expofeso "Detection of violence as a couple" of 15 items was applied.

**Results:** 112 students were studied, 84.8% were female, 51% are under 20 years, 37% are between 20- 23 and 12% over 23 years old. 85.7% of the (old) students reported having emotional violence (control your time, jealousy and accuses her of being unfaithful), 38.3% is in the making of dependence, 15.8% is economic violence, 1.8 % reported physical violence, 8.9% reported psychological violence and only one reported case of rape by an intimate partner.

**Conclusions:** It is confirmed that there is violence in the relationships of type: emotional dependency, physical, economic and sexual in nursing students, so it must implement and apply an intervention to reduce this. It is necessary to encourage all couples reach agreements, which set limits and distances, especially foster mutual respect.

**Keywords:** violence in the relationship, physical violence, emotional violence, psychological violence and sexual violence.



## INTRODUCCIÓN

**D**e acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011<sup>1</sup>, reporta que el 46.1% de las mujeres de más de 15 años han sufrido violencia de parte de sus parejas. La entidad federativa con mayor prevalencia de violencia de pareja a lo largo de la relación es el Estado de México, con 57.6%, Nayarit 54.5%, Sonora 54%, el Distrito Federal 52.3% y Colima 51.0%.

La violencia de pareja se puede clasificar en emocional, económica, física y sexual de acuerdo con los resultados de la ENDIREH del 2011, donde se reporta que la violencia emocional existe en 4 de cada 10 mujeres en México, el 43.1% reporto haber sido humilladas, menospreciadas, encerradas, que les han destruido sus pertenencias o enseres del hogar, vigiladas, amenazadas con ser abandonadas, correrlas de la casa o quitarle a sus hijos, amenazadas con algún arma o con matarlas o matarse la pareja.

En cuanto a la violencia económica se reportó que 2 de cada 10 mujeres 24.5% han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.).

En lo que respecta a la violencia física, se informó que de cada 100 mujeres 14 han sido golpeadas por su pareja, amarradas, pateadas, tratado de ahorcar o asfixiar, o agredido con un arma.

En el caso de violencia sexual, se reporta que de cada 100 mujeres 7 les han exigido o las han obligado a tener relaciones sexuales con sus propias parejas, sin que ellas quieran, o las han obligado a hacer cosas que no les gustan.

El origen de la violencia se considera puede estar relacionada con la división social del trabajo: hombres y mujeres que se desarrollan en el marco de las sociedades con distintos roles y actividades que

contribuyen a generar contradicciones en la vida cotidiana. Michel Foucault<sup>2</sup> resalta las oposiciones que se han suscitado entre hombres y mujeres; son luchas transversales que abarcan el grueso de las sociedades, los efectos de la lucha son el poder y no busca al enemigo real sino el más inmediato.

El Instituto Nacional de las mujeres indica que la violencia tiene tres fases: en la primera se acumula tensión, en la segunda ocurre la agresión y en la tercera de la reconciliación o una luna de miel y en esta última el agresor o pareja promete que no volverá a suceder y la víctima lo perdona. Sin embargo a cada momento la amenaza violenta está presente. El caso más alarmante es el de la familia ya que su manifestación es impactante y cruel.

En la perspectiva clásica la violencia puede ser clasificada en dos etapas según la psicología social. Un elemento interno que desencadena la violencia; un instinto latente que frente a los factores sociales y ambientales se expresa. La frustración-agresión reconoce el elemento interno pero solo si existen condiciones externas que propician la frustración.

Una alternativa a la explicación de la violencia es el del aprendizaje social es decir que todo se puede aprender por imitación incluida la violencia<sup>3</sup>. Es claro que la violencia es siempre por alguien y contra alguien. Si no existe relación alguna es claro que la violencia no ocurre. Lo que la ubica en un contexto, le califica de una acción intencional y la consecuencia del acto es la agresión. Un dato más es que la violencia es un acto anti normativo. De manera que la violencia debe colocarse en un marco normativo; en un contexto grupal-social y en sus formas de interacción como lo es la institución del lenguaje. Es el análisis del discurso de esta forma un análisis de la violencia.

Los discursos violentos revelan a las sociedades y sus actores sin lugar a dudas; ellos encierran los valores y sus usos. A la violencia se agrega su carácter simbólico que trasluce en los discursos. La





deconstrucción de la agresividad y la violencia es un ejercicio necesario ya que el "monstruo" se encuentra oculto en las palabras y su fuerza.

Por su parte Elena Casado en su estudio sobre el análisis crítico sobre los indicadores de violencia<sup>4</sup> concluyen en la necesidad de aclarar los términos y los contextos de la violencia; si se quiere tener claridad de la violencia y el conflicto.

Cuando la violencia sucede en el hogar el efecto psicológico en las mujeres y los menores dependen de la capacidad de respuesta; sin embargo la naturaleza de la violencia y su persistencia suelen generar efectos inmediatos y a largo plazo. El distrés y estrés postraumático pueden ser la conclusión del malestar. En todo caso la experiencia de los síntomas originados por la violencia involucra la percepción de los propios síntomas<sup>5</sup>.

Un primer indicador para saber que una mujer está inmersa en el círculo de la violencia es tener una sensación de malestar constante o depresión, indica Femat González.

Los cambios en el patrón de sueño, la ansiedad y el nerviosismo; la tristeza y la aflicción; así como asustarse con facilidad suelen reportarse con frecuencia como consecuencias de la violencia doméstica<sup>6</sup>.

Se reconoce que a pesar de que la violencia tiene una elevada prevalencia; su detección es aun pobre y de baja confiabilidad. La detección tardía de la violencia no solo afecta la salud manteniendo la elevada incidencia de enfermedades crónicas<sup>7</sup>.

Judith Butler en su libro "vida precaria. El poder del duelo y la violencia" reconoce que los acontecimientos ocurridos el 11 de septiembre del 2001 no solo han configurado el escenario político hoy definitorio del sistema democrático. Sino también se propone una nueva reflexión acerca de la dimensión de la vida política y la exposición a la violencia. La vulnerabilidad corporal como condición de la comunidad. La vulnerabilidad como

una condición común a todo ser humano que ahora experimenta de manera permanente y al margen de la libertad.

*Para Butler<sup>8</sup>, la cuestión no radica solamente en la existencia de discursos deshumanizadores, sino en la falta de reconocimiento que provocan los límites.*

El presente estudio tiene la finalidad de conocer y adentrarse en el estudio de la violencia en las relaciones de pareja de sus estudiantes de la ENEO-UNAM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; el universo de estudio fue la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, durante el ciclo escolar 2015-2, la unidad de observación fueron alumnos de las carreras de Licenciatura en Enfermería (LE) y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO); el muestreo fue no probabilístico. Se les aplicó un cuestionario expofeso "Detección de violencia en pareja", de 15 reactivos, los datos fueron recolectados en los meses de febrero y marzo de 2015.

Los criterios de inclusión fueron alumnos de los diferentes semestres de la LE y LEO de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, criterios de exclusión: alumnos que no quisieron participar y criterios de eliminación: que no hayan respondido el cuestionario correctamente.

Se les aplicó un cuestionario el cual contenía datos generales como sexo, edad, y 15 reactivos específicos de violencia con su pareja. El instrumento puede ser aplicado de forma individual o colectiva, sin embargo este se aplicó de forma individual. El tiempo de respuesta fluctuó entre 5 a 8 minutos.

La información se capturó y analizó en Excel, se realizó un análisis descriptivo y relativo para cada variable de la investigación.



## RESULTADOS

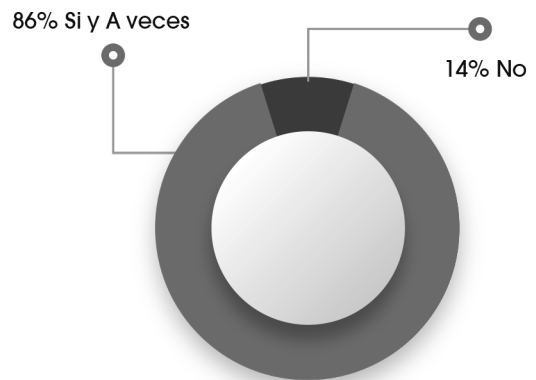
Se estudiaron 112 alumnos, el 84.8% correspondió al género femenino y el 15.2% masculino, el 51% tienen menos de 20 años, el 37% tiene entre 20-23 años y el 12% más de 23 años de edad.

El 86% de las (os) alumnas de la ENEO, se encuentran en el proceso de inicio hacia posibles malos tratos por parte de su pareja, ya que su pareja continuamente controla su tiempo, es celoso (a) o posesivo (a) y la (o) acusa de ser infiel y coquetear con otros.

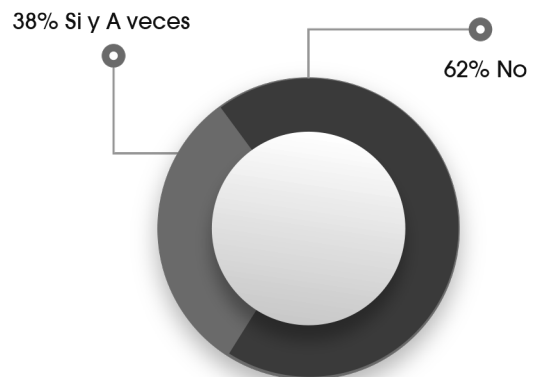
El 38% de la población en estudio se encuentra en proceso de gestación de dependencia con su pareja, ya que está constantemente la desanima a salir o mantener relaciones con amigos (as) y con la familia, así mismo le dice que no quiere que estudie ni trabaje.

En cuanto al proceso de control económico el 15% de los estudiantes se encuentran en este proceso ya no le permite trabajar y controla sus gastos y los obliga a que le rindan cuentas.

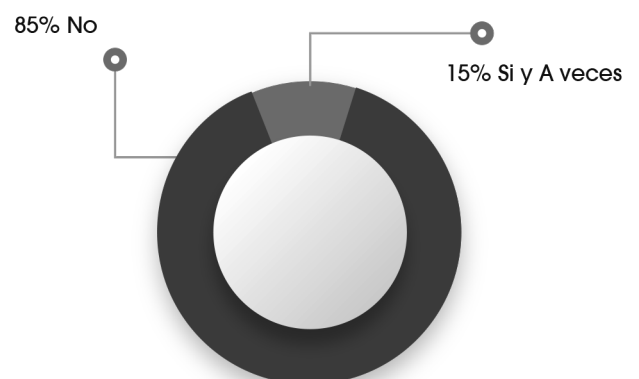
Alumnos de enfermería, que su pareja les controla su tiempo, cela o acusa de ser infiel, 2015



Alumnos de enfermería, que su pareja los desmotiva a salir con amigos, familiares y que no trabajen, 2015

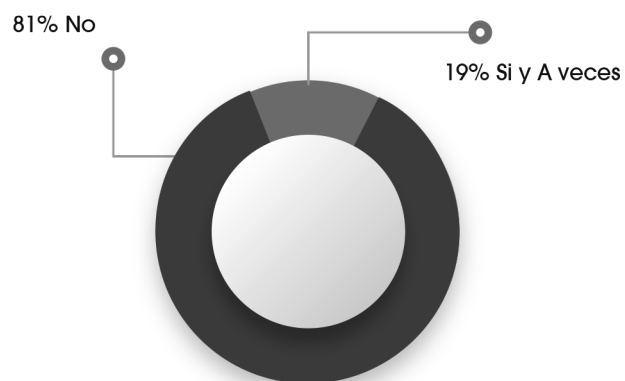


Alumnos de enfermería, que su pareja les controla sus gastos y obliga a rendir cuentas, 2015



Alumnos de enfermería, que su pareja destruye sus objetos y las amenaza, 2015

El 19% de la población en estudio se encuentra en proceso de maltrato grave, ya que su pareja la humilla en frente de los demás, rompe y destruye sus objetos con valor sentimental, la amenaza y arremete.



Se encontró un solo caso de violación, ya que la obliga a mantener relaciones sexuales.

El 8.9% de la población se encuentra en situación de maltrato psicológico/emocional, y castiga en frente de los demás, desautoriza delante de los hijos (as) y compite con ellos por atención.

Distribución de violencia de su pareja, según tipo de violencia en alumnos de la ENEO-UNAM, 2015

Tipo de violencia	Porcentaje
Emocional (controla su tiempo, celos y la acusa de ser le infiel)	87.5
Emocional de dependencia (la desanima a mantener relaciones con amigos y familiares, que no estudie ni trabaje)	38.3
Económica (no quiere que trabaje y controla sus gastos)	15.2
Sexual (la obliga a tener relaciones)	0.89
Física (llega a empujarte o golpearte)	1.8
Psicológica y emocional (la castiga en frente de los demás, me desautoriza delante de los hijos (as) y compite con ellos por mi atención)	8.9



## DISCUSIÓN

**A**ctualmente se sabe que la violencia de género en el noviazgo tiende a crecer, ésta inicia con poner apodosos ofensivos a la mujer, darle empujones “en broma”, chantajearla, manipularla, celarla e inclusive controlarla, hasta que la mujer disminuya o pierda el autoestima; e iniciar la violencia sexual y finalmente a los golpes<sup>9</sup>.

En la presente investigación se encontró una prevalencia alta de las (os) alumnos (as) donde su pareja continuamente les controla su tiempo, es celoso (a) o posesivo (a) y la (o) acusa de ser infiel y coquetear con otros. El hecho de que el hombre/mujer tenga interés extremo de saber todo lo que la mujer/hombre hace, deja ver que hay desconfianza o sospecha de que existe infidelidad. La pareja trata de comprobar, inspeccionar, fiscalizar e intervenir en su vida para lograr el dominio sobre la pareja. (Violencia psicológica)

Los celos denotan propiedad y, sin embargo, muchos/as jóvenes los perciben como muestras de cariño, de interés, preocupación por parte de la pareja, incluso hay quienes se sienten halagados/as porque su pareja los/as ceta, y se escuchan dichos como “me ceta porque me quiere”.<sup>10</sup>

Estos datos concuerdan con lo publicado por el Instituto Politécnico Nacional (IPN) en su estudio Relaciones de pareja que establecen estudiantes<sup>10</sup>, sin embargo la prevalencia en nuestro estudio es más alta quizás porque esta profesión es inminentemente femenina, donde por cuestiones sociales se deriva a los llamados roles de género, donde se marca estereotipos y condiciona las funciones o papeles de ambos sexos, limitando así las potencialidades de cada persona<sup>11,12</sup>. Donde se establece que las mujeres, deben ser emotivas, débiles, dulces, asustadizas, dependientes, sumisas, subordinadas a la autoridad masculina.

La violencia física puede iniciar con ligeros golpecitos en forma de juego, palmaditas, pequeños empu-

jones, cachetadas-caricias, pellizcos en forma de broma, casi siempre sin dejar huella, sin embargo posteriormente puede ir avanzando hasta, que ésta puede ser evidente por el daño o lesiones que puede producir de forma interna, externa o bien en ambas, en el cuerpo de la persona. Aun cuando la prevalencia no es alta existe este tipo de violencia en los (as) alumnos (as). Es de llamar la atención que las lesiones internas generalmente se diagnostican mucho tiempo después, de que se ocasionaron pudiendo inclusive provocar la muerte<sup>13,14</sup>.

Aun cuando la violencia sexual es casi nula esta existe en la población estudiantil, cabe señalar que esta no se compara con los datos reportados en la ENDIREH.

Como bien se menciona en el estudio de Relaciones de pareja que establecen estudiantes del IPN. “La violencia atenta contra la vida, la libertad, la salud, la seguridad, el desarrollo psicoemocional, la sexualidad, la dignidad y la paz; es decir, lesiona los derechos inherentes de las personas y muestra con nitidez la opresión de género”, por lo que es necesario trabajar y en la medida de lo posible erradicar este problema.

## CONCLUSIONES

**L**a violencia en las relaciones de pareja que los/las jóvenes entablan es una situación con rasgos alarmantes. Como bien sabemos es imposible pensar que las relaciones de pareja sea siempre todo amor y dulzura. Sin embargo es importante señalar que también se generan conflictos, debido a que las personas son diferentes en cuanto a intereses, deseos, gustos, valores, creencias, actitudes, entre otras. Por lo que cuando se establece una relación de pareja es posible que se presenten algunos conflictos, sin embargo estos se pueden resolver a través del diálogo, conciliación y negociación tratando siempre de mantener el equilibrio entre las parejas.



Es necesario fomentar que toda pareja llegue a acuerdos, donde se establezcan límites y distancias, sobre todo fomentar el mutuo respeto. Para así evitar el uso de autoridad, poder y fuerza que conduzcan a la violencia de pareja<sup>15,16</sup>.

Detener la violencia desde sus inicios es importante para no dar lugar a que aumenten los niveles de violencia y sobre todo no perder en cuenta la situación que se vive, porque de no ser así se puede terminar en desenlaces fatales como el homicidio o suicidio.

Los resultados de la presente investigación confirman que la violencia en las relaciones de su pareja constituye un problema, por lo que se debe de aplicar una intervención oportuna para prevenir y disminuir este.

Las estrategias de prevención incluyen la elaboración de un código de ética, el dar mayor participación y protagonismo a los jóvenes involucrados. Atender de manera específica a las víctimas y los agresores de manera que se encuentren caminos constructivos de las relaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuente de la información 2011: INMUJERES con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011. Bases de datos publicadas el 29 de julio de 2013, ajustadas a las Proyecciones de la Población en México que el Consejo Nacional de Población actualizó el 16 de abril de 2013
2. Foucault Michel. El sujeto y el poder. México: Revista Mexicana de Sociología V.50 n.3 1988: 3-20. Disponible en: <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Foucault-M.-El-sujeto-y-el-poder.pdf> (15 abril 2015)
3. Domenech I Argemi M, Iñiguez Rueda L. La construcción social de la violencia. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona . Athenea Digital n.2 2002. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34105/33944> (14 abril 2015)
4. Casado Aparicio Elena. Análisis crítico de los indicadores de violencia de género en parejas heterosexuales en España. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297124737008>
5. Canaval Gladys E, Cecilia González M, Humphreys J, De León N, González N. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali Colombia. Colombia: Universidad de Antioquia v.17 n.2 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a06> (13 abril 2015)
6. Ssa. Violencia contra las mujeres: un problema de salud pública. México: Ssa- Centro nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Disponible en : [http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/vigenero/dia29/panel5\\_mesas/Violencia/Violencia-usuarias-serv\\_salud.pdf](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/vigenero/dia29/panel5_mesas/Violencia/Violencia-usuarias-serv_salud.pdf) (14 abril 2015)
7. Arredondo-Provecho AB, Broco B.M, Alcalá Ponce de LT, Rivera Álvarez A, Jiménez TI, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. España: Rev Salud Publica 2012. 86;85-96. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdirom/vol86/vol86\\_1/RS861C\\_85.pdf](http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdirom/vol86/vol86_1/RS861C_85.pdf) (20 marzo 2015)
8. Buther Judith. Vida Precaria. Argentina: Editorial Paidós 2006.
9. Nieto Mitsi, "Aguas con la violencia en el noviazgo", extraído de: <http://www.terra.com.mx/articulo.aspx?articuloId=20406&spaginaId=1> (27 marzo 2015)
10. IPN. Género y amor: Principales aliados de la violencia en las relaciones de pareja que establecen estudiantes del IPN, 2012, 1-30.
11. Bustos, Olga. La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. México: Consejo Nacional de Población, 1998
12. Lagarde, Marcela. Democracia genérica. México: Repen-México, 1994
13. Torres Falcón, Marta. Al cerrar la puerta. Amistad, amor y violencia en la familia. México: Editorial Norma, 2005
14. Martínez, María Concepción, "Violencia familiar desde la perspectiva de género". En Jóvenes por una vida sin violencia. Centro de Apoyo a la Mujer. México: "Margarita Magón" A. C., 2004.
15. Corsi, Jorge. Violencia Familiar: una mirada abarcativa sobre un grave problema social. Paidós: Buenos Aires, 1994
16. Olivares, Samantha. Resolución no violenta de conflictos. México: Centro de Apoyo a la Mujer "Margarita Magón" A. C., 2004.



# PRENSIÓN DEL LÁPIZ Y ESCRITURA EN UNIVERSITARIOS

## PRENSIÓN OF THE PENCIL AND WRITING IN UNIVERSITY STUDENTS

Recibido 30 de abril 2015  
Aceptado 1 de mayo 2015

### Correspondencia:

Amador Barreda Guzmán  
Manantial de San Cristóbal s/n Xalapa 2000  
C.P. 91097, Xalapa, Veracruz, México  
Tel. 01228 84 21 700 Ext. 19518  
zS11014002@estudiantes.uv.mx

### Autores:

Amador Barreda Guzmán  
*Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología-Xalapa,  
Laboratorio de Psicobiología*

Dora Elizabeth Granados Ramos  
*Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología-Xalapa,  
Laboratorio de Psicobiología*

Palabras clave: prensión del lápiz, escritura, legibilidad

Key words: pencil grip, writing, legibility



## RESUMEN

**Introducción.** El tipo adecuado de prensión del lápiz permite realizar movimientos coordinados al escribir. Los tipos inadecuados de prensión pueden causar dificultades en la legibilidad escrita. La escritura es un proceso de aprendizaje en el que intervienen factores conceptuales, sintácticos y motores que permiten la comunicación.

**Objetivo.** Describir el tipo de prensión del lápiz y la legibilidad en la escritura de universitarios de 18 a 24 años de edad.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Participaron 60 estudiantes (30 mujeres y 30 hombres) de lateralidad diestra de la Licenciatura en Psicología. En forma individual, se realizaron tareas de escritura en donde se describió el tipo de prensión y la legibilidad en la escritura de los participantes.

**Resultados.** El 93% de los casos presentaron tipos inadecuados de prensión del lápiz. El 68% de esos casos tuvieron escritura legible predominando en los casos que presentaban presión en los dedos. Los casos con prensión adecuada no presentaron ilegibilidad en escritura.

**Discusión y conclusiones.** No se encontró un patrón específico entre el tipo de prensión y la legibilidad en la escritura. Se deben generar estrategias para proponer la corrección de los tipos inadecuados de prensión del lápiz desde la educación básica.

**Palabras clave:** prensión del lápiz, escritura, legibilidad.

## ABSTRACT

**Introduction.** Adequate pencil grip permits coordinated movements used in writing. Inadequate pencil grip can generate difficulties in writing legibility. Writing is a learning process in which conceptual, syntactic and motor factors are involved, who allows the communication.

**Objective.** Describe the type of pencil grip and the legibility of 18 to 24 years old undergraduate's writing.

**Material and methods.** An observational, descriptive, transversal and prospective study. Sixty right-handed Psychology undergraduate students (30 women and 30 men) participated. In an individual manner, subjects realized writing tasks in which we described the type of grip and the legibility on the participant's writing.

**Results.** 93% of cases presented inadequated pencil grip. 68% of those cases showed legible writing prevailing on the cases that presented pressure on their fingers. The cases with adequate pencil grip did not present illegibility in writing.

**Discussion and conclusions.** We did not find a specific pattern between the type of pencil grip and writing. It is necessary to suggest strategies for correcting inadequate pencil grip from basic education.

**Key words:** pencil grip, writing, legibility.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La escritura es uno de los principales aprendizajes que se dan en la etapa escolar ya que le permite al alumno expresar, comunicar y documentar las ideas que adquiere y construye durante su desarrollo académico. Algunos de los problemas motores referentes a la ejecución de dicho proceso, como la presión inadecuada al sostener el lápiz, puede interferir con las habilidades del estudiante para la copia, el dictado y la redacción de textos.<sup>1</sup>

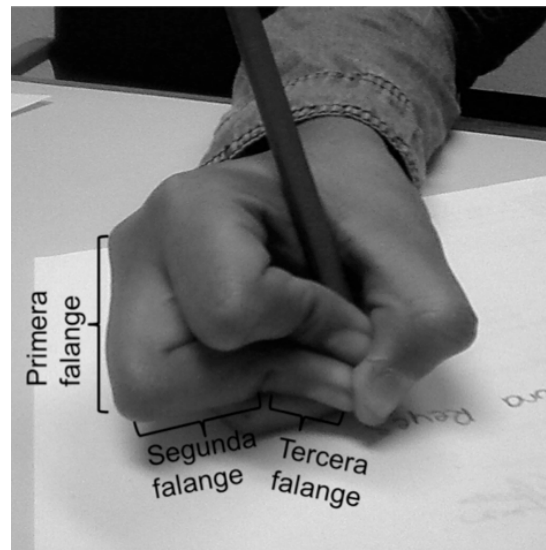
La presión para sostener el lápiz más recomendada consiste en utilizar los dedos pulgar, índice y medio para realizar movimientos coordinados al momento de escribir. Esta pinza "trípode" se logra al colocar los dedos pulgar e índice a cada lado del lápiz con el dedo medio como soporte, los dedos restantes se colocan de forma semi-flexionada debajo de la palma y esto permite realizar cambios rápidos en la direccionalidad de la escritura.<sup>2</sup>

Existen tipos inadecuados de sostener el lápiz que implican el uso de más dedos de los necesarios para realizar la pinza o en donde se observa presión excesiva en alguno de ellos. Una tipo inadecuado de sostener el lápiz puede provocar fatiga o cansancio en los músculos de la mano distorsionando la calidad de las grafías y la velocidad con la que se escribe.<sup>3</sup>

La detección temprana de dificultades para sostener el lápiz permite establecer estrategias de corrección y prevención de posibles problemas en cuanto a legibilidad y velocidad en la escritura.

## INTRODUCCIÓN

La mano humana está formada por los huesos carpo, metacarpo y falanges. El carpo es el hueso que conforma el esqueleto de la muñeca. El metacarpo es el hueso que se encuentra entre el carpo y las falanges; el metacarpo se compone de cinco huesos que se identifican como primero, segundo, tercero, cuarto y quinto. Las falanges se conectan con estos huesos (ver figura 1), de las cuales habrá tres en cada dedo, a excepción del pulgar que sólo tiene dos. Las falanges se denominarán proximal, a la primera que se articula con el metacarpo, medial a la segunda y distal a la tercera.<sup>4</sup>



**Figura 1.** Ubicación de las falanges de la mano. Se observa la pinza con los dedos pulgar, índice y medio y el lápiz descansa en el dedo anular. Hay presión excesiva en la segunda y tercera falange de los dedos índice y medio.





La presión del lápiz cuando se escribe debe generar la menor cantidad posible de tensiones musculares, al sostenerlo. La presión adecuada del lápiz favorecerá la fluidez y legibilidad en la escritura.<sup>5</sup> Sin embargo, si la manera en que se sostiene el lápiz no es adecuada, el desarrollo de esta habilidad podría afectarse ya que se dificulta realizar los movimientos coordinados de la escritura.<sup>6</sup>

La presión adecuada del lápiz es aquella en la que los dedos pulgar, índice y medio trabajan de forma coordinada en el movimiento. Los dedos pulgar e índice sostienen el lápiz, en la tercera falange del dedo medio descansa el lápiz y los demás dedos se encuentran semi-flexionados proporcionando estabilidad sobre la superficie. La oposición del lápiz es precisamente en sólo dos dedos.<sup>7</sup> Este tipo de presión del lápiz se denomina "trípode dinámico" y se recomienda independientemente de la lateralidad manual diestra o zurda. Los movimientos necesarios para realizar el acto de escribir resultan de la acción del conjunto de músculos presentes en estos tres dedos que permiten el desplazamiento próximo-distal de la mano para realizar el trazo de la letra.<sup>8</sup>

El aprendizaje para sostener el lápiz ocurre durante los primeros seis años de vida: entre el primer y el segundo año, los niños sostienen los crayones o los lápices en forma de puño, sin lograr la extensión de los dedos. Posteriormente alrededor de los dos años, los dedos pulgar e índice se sitúan más cerca de la punta del lápiz mientras los demás dedos los colocan alrededor del lápiz y los dedos pulgar e índice guían el movimiento del lápiz; hacia los tres y cuatro años, el dedo medio se opone al pulgar y al índice de modo que se empieza a desarrollar una pinza más dinámica. A los cuatro y seis años debe consolidarse la presión trípode, caracterizada por sostener el lápiz con las falanges distales de los dedos pulgar e índice con soporte en el dedo medio.<sup>9, 10</sup>

El desarrollo de esta habilidad motriz fina<sup>11</sup> en el aprendizaje de la lecto-escritura y del dibujo, se puede resumir en la siguiente clasificación:

1. Inmaduro: cuando se empuña el lápiz sin lograr hacer la pinza.
2. Intermedio: cuando hace la pinza con dos o más dedos oponiéndolos al pulgar o con otro dedo que no sea el índice.
3. Maduro: cuando se sostiene el lápiz haciendo pinza con los dedos pulgar e índice y descansándolo sobre el dedo medio (trípode dinámico).

La escritura es un proceso en el que intervienen factores conceptuales como ideas, palabras o pensamientos, que se organizan de forma sintáctica para comunicarse a través de frases mediante una serie de movimientos musculares implicados en el trazo de las grafías.<sup>12</sup>

Para los universitarios la escritura tiene un papel importante ya que se considera una herramienta de acceso al conocimiento y es una estrategia de aprendizaje que desarrolla a su vez otras habilidades, como la redacción o el copiado de textos.<sup>13</sup> A través del lenguaje escrito se evidencia el proceso de aprendizaje de los estudiantes. Actualmente, los medios audiovisuales, como las computadoras o tabletas, tienen una función importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje y han sustituido en gran medida la escritura a mano; sin embargo, el recurso didáctico más utilizado como medio de plasmar los conocimientos adquiridos, es la escritura,<sup>14</sup> por lo que ésta debe ser precisa y fluida.

La legibilidad es un aspecto importante en la escritura que consiste en trazos precisos y definidos que se leen con facilidad sin que sea necesario "descifrar" su contenido. Las grafías que son poco claras o ilegibles obligan al lector hacer un esfuerzo mayor para entender lo que está escrito.<sup>15</sup>

Una presión inadecuada del lápiz puede provocar dificultades en el desarrollo de tareas escritas, ya que para la mayoría de las personas es un proceso que se automatiza con rapidez dada la importancia que se demanda de la escritura durante la etapa escolar.<sup>6</sup>



El objetivo de la investigación consistió en describir el tipo de prensión del lápiz y la legibilidad en la escritura de universitarios de 18 a 24 años de edad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en el que participaron 60 estudiantes (30 mujeres y 30 hombres) de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México, entre los 18 y 24 años, con edad promedio de 20 años 1 mes; D.E.  $\pm$  22 meses. Todos los estudiantes tenían lateralidad diestra.

Los participantes aceptaron participar en la investigación y firmaron una carta de consentimiento informado.

En forma individual se realizaron las tareas de Escritura de la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI). Se evaluó el Dictado y Copia de oraciones: en el Dictado se le pidió al sujeto que escribiera la oración "El perro camina por la calle", y en la Copia se solicitó al sujeto que copiara la oración "Las naranjas crecen en los árboles".<sup>16</sup> Al finalizar las tareas de escritura se le pidió a cada alumno que en una hoja blanca escribiera su nombre completo y se fotografió su mano cuando terminaban de escribir la última letra de su segundo apellido. La evaluación se realizó en un cubículo bien iluminado y libre de distractores. Las tareas se realizaron en una mesa de 1.20 m x 0.60 m., los participantes se sentaron en una silla cómoda al centro de la mesa.

Para la descripción de la pinza del lápiz se observaron las siguientes características: los dedos con los que se hacía la prensión, el lugar en donde descansaba el lápiz y si había hiperflexión en alguno de los dedos. Se utilizó el Modelo de dos dimensiones<sup>7</sup> para la clasificación de la prensión del lápiz, el cual caracteriza el tipo de prensión basándose en la configuración y la comodidad para sostener el lápiz, determinándose así cuatro posibles tipos de prensión:

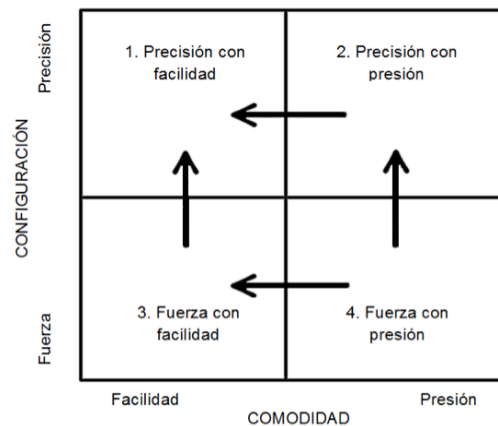
1. Precisión con facilidad: se escribe con movimientos bien coordinados sin necesidad de ejercer presión excesiva en los dedos. La prensión trípode corresponde a esta clasificación y es la que se considera como el tipo adecuado o "maduro" de sostener el lápiz.

2. Precisión con presión: existe hiperflexión en el pulgar o en algunos de los dedos utilizados para sostener el lápiz pero hay precisión al momento de escribir.

3. Fuerza con facilidad: permite estabilidad pero no hay una clara fluidez al escribir.

4. Fuerza con presión: existe superposición del pulgar sobre otros dedos aumentando presión y disminuyendo la fluidez al escribir.

El modelo tiene la premisa básica de que la prensión correcta del lápiz proporciona estabilidad, precisión y eficiencia al escribir (ver figura 1). Por consiguiente, se consideró como prensión adecuada la que se ubica en el cuadrante uno, mientras que los demás tipos de prensión que corresponden a los cuadrantes dos, tres y cuatro, se consideraron inadecuados.



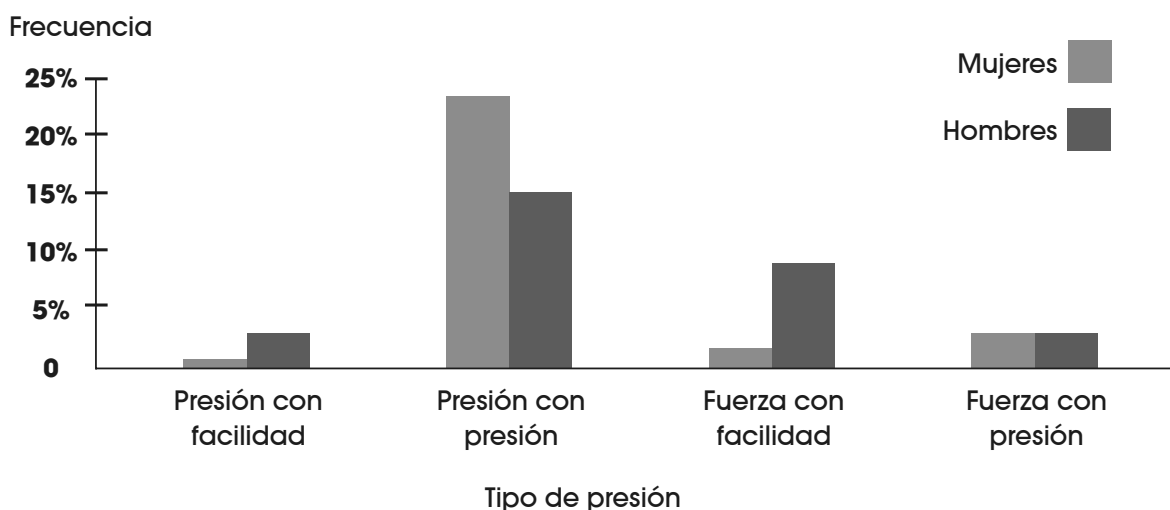
**Figura 1.** Modelo de dos dimensiones para la clasificación de la prensión del lápiz. Las flechas indican cómo la prensión del lápiz puede cambiar de una forma a otra si se corrige el modo en que se sostiene el lápiz. Adaptado de "Pencil Grip. A descriptive model and four empirical studies", por A.S. Selin, 2003, p. 58. ISBN 951-765-131-7.

Para describir la legibilidad en escritura se consideraron los criterios de tipo de letra (molde, cursiva o mezcla de ambas), tamaño (pequeña, mediana o grande), la separación entre las palabras (si habían o no espacios), la inclinación de las letras (nula, hacia la derecha o a la izquierda), la forma (redonda o puntiaguda) y si escribía las oraciones respetando el uso de minúsculas y mayúsculas.

Al finalizar las tareas de escritura, a los participantes se les hicieron observaciones verbales acerca de las características de su escritura y de la manera en que sostenían el lápiz.

## RESULTADOS

La presión del lápiz del 65% de los casos fue inadecuada, es decir, correspondió al tipo de Precisión con presión. Del total de casos con esta presión inadecuada, el 62% fueron mujeres y el 38% hombres. En el 7% de los casos la presión fue adecuada ya que correspondió al tipo de Precisión con facilidad (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje de los tipos de presión del lápiz por sexo según el Modelo de dos dimensiones.

1. Precisión con facilidad: se encontraron dos variantes: a) el "trípode dinámico" que consistió en sostener el lápiz con los dedos pulgar e índice para descansar el lápiz en el dedo medio sin que se presentara hiperflexión en los dedos; b) la presión alternativa de sostener el lápiz, la cual consiste en sostenerlo con los dedos pulgar, índice y medio sin descansar en ningún dedo.

2. Precisión con presión: se observaron dos variantes: a) el tipo de presión que consistió en sostener el lápiz con los dedos pulgar e índice y descansar en el dedo medio, se observó hiperflexión en el dedo índice; b) se registró la pinza formada por pulgar, índice y medio en donde el lápiz descansaba en el dedo anular, existiendo hiperflexión en los dedos índice y medio.

3. Fuerza con facilidad: se encontraron tres variantes: a) pinza formada por la oposición del pulgar en forma perpendicular a la segunda falange del dedo índice, en donde el lápiz descansa en el dedo medio; b) pinza formada por pulgar e índice y se descansa el lápiz entre la segunda y la tercera falange del dedo medio, el pulgar se encuentra ligeramente encima de la tercera falange del dedo índice; c) pinza formada por pulgar, índice, medio y anular en donde el lápiz era guiado por la tercera falange del dedo anular sin que exista hiperflexión de los dedos.

4. Fuerza con presión: se observaron tres variantes: a) pinza formada por pulgar e índice, en donde el pulgar se encuentra por debajo del índice; b) pinza formada por pulgar, índice y medio en donde el lápiz descansa en el dedo anular, siendo que el dedo pulgar se encuentra por encima de los dedos índice y medio; c) pinza formada por oposición del pulgar con el dedo medio entre la segunda y tercera falange, en donde el dedo índice quedó debajo del pulgar.

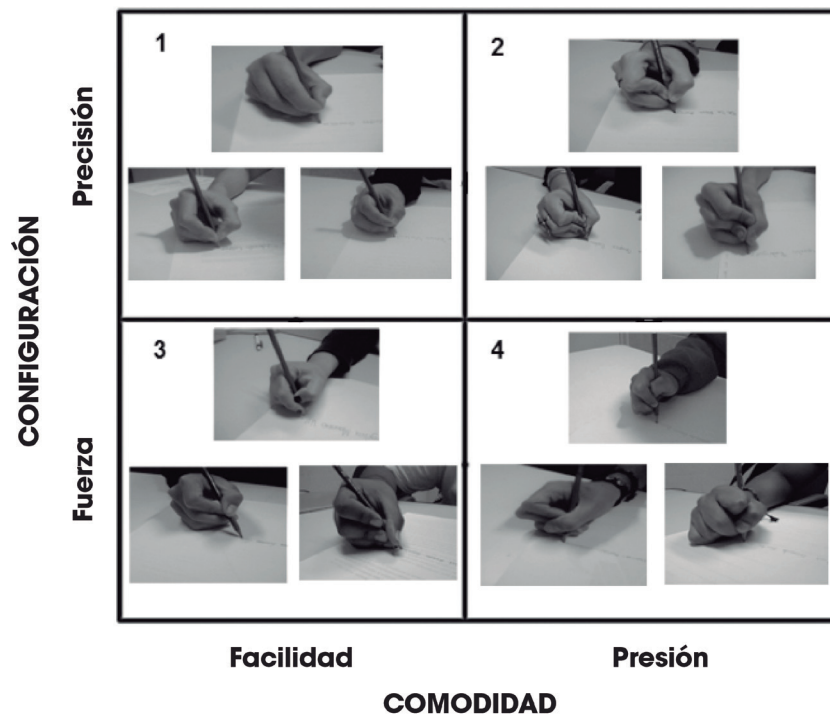
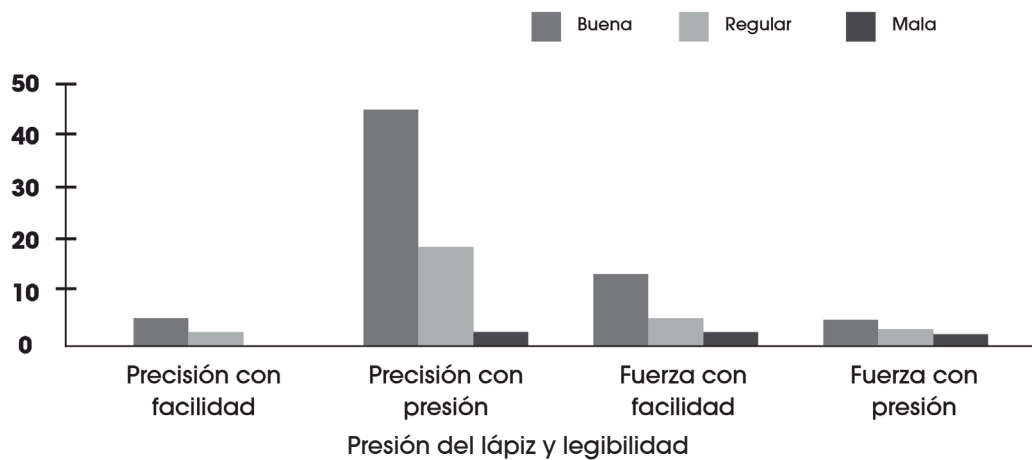


Figura 2. Tipos de presión del lápiz encontrados según el modelo de dos dimensiones.

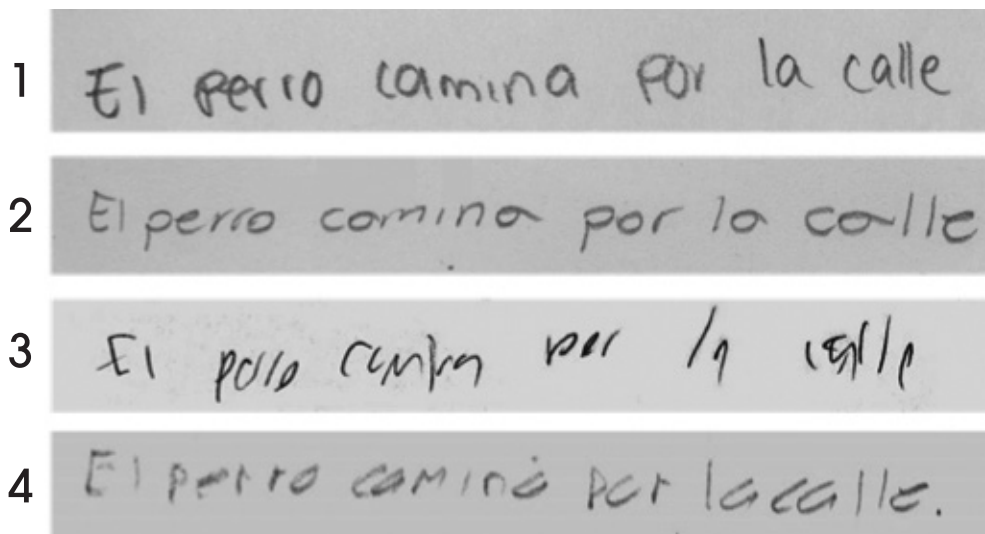
En el 68% de los casos se observó que su escritura fue legible, predominando en aquellos que sostenían el lápiz del tipo de Precisión con presión. El 5% de los casos presentaron escritura ilegible y mostraron presión inadecuada del lápiz (ver gráfica 2 y figura 3).



**Gráfica 2.** Porcentaje de los casos según el tipo de presión y legibilidad en escritura.



**Figura 3.** Ejemplos de legibilidad en la escritura y tipos de presión. De arriba hacia abajo las imágenes corresponden a los tipos de: 1) Precisión con facilidad, 2) Precisión con presión, 3) Fuerza con facilidad y 4) Fuerza con presión.





## DISCUSIÓN

La escritura es una habilidad que se desarrolla durante la etapa escolar que se considera esencial para un buen rendimiento en la escuela. Algunas de las dificultades más comunes asociadas a la ejecución en escritura son la legibilidad y la velocidad.<sup>17</sup>

El objetivo de la investigación se cumplió ya que se logró describir el tipo de presión del lápiz y la legibilidad en escritura de los universitarios.

En los resultados de la investigación se encontró mayor porcentaje en cuanto a la presión inadecuada del lápiz, registrado en el 93% de los casos. El hecho de que existan más participantes con presión inadecuada indicaría una interferencia en el desarrollo de esta habilidad motriz, ya que se esperaría que después de los seis años de edad las personas pudieran hacer el tipo de presión de precisión con facilidad. Se puede inferir que estos tipos inadecuados de sostener el lápiz están relacionados con la falta de corrección oportuna en edades tempranas.

En las descripciones de los tipos de presión y las características de legibilidad en la escritura no se observó un patrón determinado ya que en la mayoría de los casos con escritura legible se observaron los tipos inadecuados de presión del lápiz que consistieron en presentar mayor presión y fuerza. Esto concuerda con estudios previos en los cuales se menciona que no existe una correlación evidente entre un tipo inadecuado de sostener el lápiz con la calidad de la escritura, ya que también interviene la postura del cuerpo, la posición de la hoja y cuánto tiempo demora el estudiante para escribir. No obstante, si hay una presión excesiva continua en los dedos cuando el estudiante escribe, podría darse un continuo deterioro de la fluidez al escribir y producir molestias en los dedos.<sup>18, 19</sup>

Se considera que no todos los tipos de presión inadecuados del lápiz están relacionados con

escritura ilegible,<sup>11</sup> como se encontró en el 68% de los casos de este estudio, pero la presión excesiva en las falanges de los dedos puede provocar fatiga y progresivo desgaste de las articulaciones, lo cual no se documentó en esta investigación. Sin embargo, en el 7% de los participantes, que sostenían el lápiz con la presión adecuada se observó una escritura legible, lo cual confirma que a la presión adecuada le corresponde una escritura legible.

Se considera que un tipo inadecuado de sostener el lápiz debe ser corregida cuando se observan deficiencias en la calidad de las grafías, cuando se restringe el movimiento del dedo pulgar o cuando se sostiene el lápiz con demasiada presión o existe tensión o fatiga en los dedos.<sup>20</sup> Dicha presión en las falanges de los dedos fue más evidente en los casos cuya presión se ubicó en los cuadrantes uno y tres del modelo de dos dimensiones.

Los tipos inadecuados de sostener el lápiz y la dificultad para hacer los trazos correctos de las grafías pueden ser corregidas con el uso de dispositivos especiales, como los correctores ergonómicos de escritura, que permiten formar la pinza trípode con el lápiz, y realizando ejercicios de caligrafía diariamente. Sin embargo, una vez que la presión del lápiz ha sido consolidada, se vuelve difícil cambiarla<sup>21</sup> sobre todo en etapas adultas, por lo que las correcciones en todos los aspectos involucrados en el proceso de escritura deberán realizarse desde etapas tempranas.

Actualmente con el aumento del uso de tecnología en las escuelas, se está dejando de lado que la escritura sea un medio que facilite la expresión de forma escrita y por ende, que no se supervise una posición adecuada de la mano cuando se tiene que escribir. Algunos estudios han reportado<sup>22</sup> que el uso de computadoras portátiles en clases puede afectar el desempeño académico pues en ocasiones se convierte en un mal hábito al servir de distracción más que para registrar notas. Escribir a mano favorece un mejor desempeño y facilita el proceso de atención.



El análisis de la escritura con dos oraciones sencillas nos dio un panorama general acerca de la legibilidad de las grafías de los alumnos universitarios que participaron así como de la presión cuando sostienen el lápiz. En estudios posteriores se debe evaluar la escritura con un texto más amplio que nos permita describir a mayor detalle la velocidad, precisión y legibilidad de la escritura, así como identificar si la presión del lápiz es la misma durante toda la ejecución y si se reporta cansancio o molestias en la mano cuando escriben.

## CONCLUSIONES

**E**l 93% de los alumnos participantes presentaron dificultades para realizar la presión adecuada del lápiz. El 7% de los alumnos presentaron el trípode dinámico. La legibilidad en escritura no estuvo vinculada con la presión con que se sostenía el lápiz ya que el 68% de los casos con presión inadecuada tuvieron escritura legible. Se deben generar estrategias para proponer la corrección de los tipos inadecuados para sostener el lápiz desde la educación básica y de igual forma sugerir esta corrección a los universitarios a fin de que esto no repercuta en su ejecución escrita.

## AGRADECIMIENTOS

A los sesenta participantes de la investigación, que sin su ayuda esto no hubiera sido posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tseng MH, Cermak SA. The influence of ergonomic factors and perceptual-motor abilities on handwriting performance. *AJOT*. 1993; 47: 919-926.
2. Wagenfeld A, Kaldenberg J. *Foundations of pediatric practice for the Occupational Therapy Assistant*. USA: SLACK Incorporated, 2005: 245-251.
3. Stevens A. *The effects of typical and atypical grasps on endurance and fatigue in handwriting*. Texas: Texas Woman's University, 2008.
4. Moore KL, Agur AM. *Fundamentos de anatomía: con orientación clínica*. Segunda edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2002: 413-414.
5. Quintanal Díaz J. Los buenos hábitos de escritura, empiezan en la escuela, lo mismo para diestros que para zurdos. *Educación XX1*. 2011; 14: 157-177.
6. Schneck CM. Comparison of pencil-grip patterns in first graders with good and poor writing skills. *AJOT*. 1991; 45: 701-706.
7. Selin AS. *Pencil grip. A descriptive model and four empirical studies*. Finlandia: Åbo Akademi University Press, 2003: 45-53.
8. Rigal R. *Educación motriz y educación psicomotriz en preescolar y primaria*. Barcelona: INDE Publicaciones, 2006: 252-257.
9. Dennis JL, Swinth Y. Pencil grasp and children's handwriting legibility during different-length writing tasks. *AJOT*. 1999; 55: 175-183.
10. Case-Smith J, O'Brien JC. *Occupational therapy for children and adolescents*. Séptima edición. Canadá: Mosby ELSEVIER, 2015: 501-503.
11. Matute E, Rosselli M, Ardila A, Ostrosky-Solís F. *Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): Manual de aplicación*. México: El manual moderno; 2007: 74-75.
12. Cuetos Vega F. *Psicología de la escritura (Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura)*. España: Editorial Escuela Española, 2009: 19-20.
13. Jarpa M. Una propuesta didáctica para el desarrollo de la escritura académica en estudiantes universitarios. *Revista iberoamericana de Evaluación Educativa*. 2013; 6: 29-48.
14. Andrade Calderón MC. La escritura y los universitarios. *Universitas humanística*. 2009; 68: 297-340.
15. Ribera P, Villagrasa MR, López Jiménez S. La escritura: cómo conseguir un buen graísmo. *Prevención y atención de sus dificultades en el aula*. Barcelona: Editorial GRAÓ, 2015: 120-121.
16. Ostrosky-Solís F, Ardila A, Rosselli M. *NEUROPSI: Evaluación Neuropsicológica Breve en Español. Manual e instructivo*. México: Bayer de México: 21-22.
17. Feder K, Majnemer A. Handwriting development, competency, and intervention. *Dev Med Child Neurol*. 2007; 49: 312-317.
18. Schwellnus HD. *Pencil grasp pattern: how critical is it to functional handwriting?* Toronto: University of Toronto, 2012: 2-11.
19. Schwellnus HD et al. Effect of pencil grasp on the speed and legibility of handwriting after a 10-minute copy task in grade 4 children. *AJOT*. 2012; 59: 180-187.
20. Case-Smith J, O'Brien JC. *Occupational therapy for children*. Sixth edition. USA: Mosby ELSEVIER, 2013: 573-574.
21. Kurtz LA. *Understanding motor skills in children with dyspraxia, ADHD, autism, and other learning disabilities. A guide to improving coordination*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008: 98-99.
22. Mueller PA, Oppenheimer DM. The pen is mightier than the keyboard: advantages of longhand over laptop note taking. *Association for Psychological Science*. 2014; 1-10.



# ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE

ADHERENCE AND FAMILY  
FUNCTIONING IN PEOPLE WITH  
RHEUMATOID ARTHRITIS

Recibido 30 de abril 2015  
Aceptado 1 de mayo 2015

**Correspondencia:**

Mtra. María Elena Alberto Bazán  
Calle 5 No. 88 Privada 5  
Colonia Agrícola Pantitlán  
Delegación Iztacalco, C.P. 08100  
Tel. 5515512754, celular 0445531063361  
maria.albert@hotmail.es

**Autores:**

Mtra. María Elena Alberto Bazán  
*Profesora de Tiempo Competo de la FES Zaragoza, UNAM.  
Carrera de Enfermería. Conjuntamente adscrita al Hospital  
General la Perla, ISEM. Responsable de la Investigación*

Mtra. Olga Taboada Aranza  
*Profesora de Tiempo Competo de la FES Zaragoza, UNAM.  
Carrera de Odontología*

Mtro. Gerardo Reyes Hernández  
*Profesor de Tiempo Competo de la FES Zaragoza, UNAM.  
Carrera de Psicología*

**Palabras clave:** Adherencia Terapéutica, Funcionalidad  
Familiar y Artritis Reumatoide

**Keywords:** Adhesion Therapeutics, Family Functionality  
and Rheumatoid Arthritis



## RESUMEN

La Artritis Reumatoide (AR) se ha incrementado de manera alarmante, el Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel en los EU, reporta que 1:10 habitantes la desarrolla; en México un millón 700 mil personas entre 20 y 50 años la padecen, lo que coincide con la edad productiva, constituye un grave problema de Salud Pública su costo anual es de 600 dólares por paciente, la incidencia es mayor en las mujeres con respecto a los hombres 3:1; el panorama se agudiza ante ausencias laborales recurrentes por discapacidad debido a la presencia de dolor, deformidad, rigidez e inflamación articular y la disminución de la fuerza muscular, suscitando impacto económico y emocional para el individuo afectado así como para los integrantes de la familia, impulsándolos a reorganizarse y en la mayoría a desintegrarse como lo estableció Virginia Satir; la baja Adherencia Terapéutica (AT) condiciona resultados desfavorables y gastos innecesarios para el sector salud. Es necesario identificar la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en las personas con AR, se realizó un estudio observacional, prolectivo, descriptivo y transversal; la población se conformó por 100 pacientes, usuarios del Hospital General Ignacio Zaragoza, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.(ISSSTE); con una media de edad de 47 ( $\pm 10.7$ ), 74 mujeres y 26 hombres, con un mes de tratamiento antirreumático. Al análisis por sexo se observa mayor frecuencia de mujeres (n=38) en pertenecer a una familia conflictiva y baja AT, mientras los hombres (n=22) ubicados en familias nutricias en mayor proporción y mediana AT; revisando la AT por etapas de la vida, se descubre que el adulto joven y el maduro ocupan 30 y 32 casos respectivamente, con baja y mediana AT; este dato es importante si la esperanza de vida en México es de 80 años; cabría preguntarse qué calidad de vida le espera a estos pacientes.

**Palabras clave:** Felicidad, estudiantes de enfermería y medicina, empoderamiento de la profesión

## ABSTRACT

Rheumatoid Arthritis (RA) has increased alarmingly, the National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases in the US, reports that develops 1:10 inhabitants; in Mexico one million 700 thousand people between 20 and 50 years suffer, which coincides with the productive age, is a serious public health problem annual cost is \$ 600 per patient, the incidence is higher in women compared to men 3: 1; the outlook worsens with recurrent absenteeism disability due to the presence of pain, deformity, stiffness and joint swelling and decreased muscle strength, raising economic and emotional impact for the affected individual and for family members, urging to reorganize and most established to disintegrate as Virginia Satir; Low Adherence Therapy (AT) conditions unfavorable results and unnecessary costs to the health sector. You need to identify adherence and family functioning in people with RA, an observational, prolective, descriptive, cross-sectional study; the population was formed by 100 patients, users of General Ignacio Zaragoza Hospital, ISSSTE; with a mean age of 47 ( $\pm 10.7$ ), 74 women and 26 men, with a month anti-rheumatic treatment. Analysis by sex more often in women (n = 38) belong to a family conflict and low AT is observed, while men (n = 22) located in nurturing families in greater proportion and medium AT; AT reviewing the stages of life, discovers that the young adult and mature occupy 30 and 32 cases respectively, low and medium AT; this is important if life expectancy in Mexico is 80 years; one might ask what quality of life awaits these patients.

**Keywords:** Adhesion Therapeutics, Family Functionality and Rheumatoid Arthritis.



## INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud, sin embargo la repercusión de la poca o nula adherencia terapéutica crece a medida que se incrementa la carga de enfermedad crónica, lo cual represento el 54% en el 2001, considerando lo anterior se estima un 65% de no adherencia para el 2020<sup>1</sup>. Estas referencias numéricas son alarmantes lo que manifiesta la necesidad de trabajar arduamente en la promoción de la adherencia a los tratamientos de largo plazo. Existen estudios en países desarrollados que exponen que la adherencia a los tratamientos prolongados en la población general es del 50%, siendo menor en los países en desarrollo<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes. Razón por la cual se manifiestan consecuencias como descompensación de los síntomas, complicaciones físicas, psicosociales así como los reingresos hospitalarios, se manifiestan bajos resultados de salud y el aumento significativo de costos, en ese sentido la población es afectada a partir de la perspectiva de la calidad de vida y por supuesto en la economía de la salud<sup>4</sup>.

Ante las cifras actuales de pacientes crónicos en continuo aumento, la enfermera contemporánea ha comenzado a redireccionar su papel frente a estas afecciones, considerando que cuidar es una actividad dinámica, reflexiva, deliberada y basada en la interacción humana, y en el compromiso de promover el bienestar del otro como lo admite Collieré<sup>5</sup>, quien puntualiza que el cuidado es "todo lo que ayuda a vivir y permite existir" así como dirigir acciones a todo lo que estimula la

vida, en consecuencia la disciplina de enfermería, debe apuntar al cuidado familiar, espacio donde el individuo afectado o no se desenvuelve diariamente, por lo que la modificación o permanencia de los hábitos adquiridos a través de la familia solo podrán ser abatidos con la incorporación de todos sus integrantes y enfatizar en la transmisión de una cultura de salud, involucrando a cada uno de sus integrantes.

Por otro lado, se ha demostrado que la adherencia terapéutica frente a la enfermedad de Artritis Reumatoide (AR), constituye un aliciente para el detenimiento de la lesión articular, cuya etiología es desconocida y el curso totalmente impredecible, con períodos de calma que se alternan con otros de exacerbación, los llamados brotes, episodios de inflamación que pueden llegar a dejar secuelas en las articulaciones afectadas y en los que el dolor se intensifica Fausett<sup>6</sup>. Además, la AR afecta no solo a la calidad de vida de quien la padece, por su naturaleza altamente incapacitante, sino también a su cantidad, ya que la esperanza de vida de estos pacientes se reduce entre cuatro y diez años Guedes, Sumont-Fischer, Leichter-Nakache y Boissier<sup>7</sup>.

Al respecto la OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública<sup>8</sup>. La relación médico paciente incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento<sup>9</sup>.

La presidenta de la Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide (Amepar), señala que las personas con AR son diagnosticadas tardíamente, agrego que en México no se





cumple con la recomendación de la OMS de un reumatólogo por cada cien mil habitantes, solo se tiene el registro de 560 certificados, a proporción de 1:200,000 habitantes siendo insuficiente, incita a que las autoridades consideren a esta enfermedad como un problema de SP.

Los lazos sociales actúan no solo como soporte para mantener la salud, sino que también amortiguan los efectos negativos que sobre la salud pueden producir determinados acontecimientos de la vida. Asimismo, la falta de interés y el rechazo manifestado por las personas significativas, puede representar otro obstáculo, en su teoría Virginia Satir<sup>10</sup> refiere que se deben conocer los sistemas de familia para determinar el grado de funcionalidad familiar, poner especial atención a los límites, jerarquía, fomento de la autoestima y los procesos de comunicación, ya que para ella una vez que el ser humano llega a este mundo, la comunicación es el único factor y el más importante que afecta la salud de una persona y sus relaciones con los demás<sup>11</sup>.

Para Satir las familias con problemas, mantienen en su círculo autoestima disminuida, comunicación indirecta, vaga y poco sincera, reglas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, denominando este fenómeno como familia perturbada o conflictiva, donde los cuerpos y rostros de sus integrantes manifiestan sufrimiento, cuerpos rígidos y tensos o encorvados, rostros ceñidos, tristes o indiferentes, los ojos miran hacia el suelo y más allá de la gente que está enfrente. Mientras en otro tipo de familia que reconoce, es la nutricia donde los integrantes familiares son sinceros y amorosos, tienen la libertad de comunicar lo que necesiten y pueden hablar de cualquier cosa, la autoestima individual esta fortificada, sus rostros son alegres, sus cuerpos están relajados, cuando se habla con ellos observan a la persona con atención. Una familia que estimula y aprecia las diferencias individuales, tolera los errores, donde la comunicación es abierta y las reglas de convivencia son flexibles, forma mujeres y hombres plenos<sup>12</sup>.

El termino artritis se refiere a las enfermedades que afectan a las articulaciones. Estas alteraciones pueden producir dolor articular o rigidez, daño a la estructura de una articulación o pérdida de su función. La palabra artritis proviene de las palabras griegas *arthron*, que significa "articulación" e *itis* "inflamación". Existen diversos factores para el desarrollo de la AR, por un lado tenemos el factor genético que está ligado al cromosoma 6 en el brazo corto el cual va a estar dominado con DD4, por otro lado se encuentran los factores de índole infeccioso como las mico bacterias y virus, de estos últimos los más frecuentes son el virus de la rubeola y parvovirus, con menos frecuencia se presentan los coxaquíe y los adenovirus; además se le atribuye su presencia al factor ambiental del estrés<sup>13</sup>.

El panorama implica una reflexión del profesional de enfermería a ser una pieza fundamental para redireccionar el cuidado y centrarlo en el seno familiar en virtud de incorporar programas donde la participación multidisciplinaria coloque su atención al paciente de forma individual e integral, bajo una alianza terapéutica entre el médico, la enfermera, sistema de salud, paciente y familia<sup>14</sup>, medidas que son urgentes para lograr abatir este enigma.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

La población de estudio estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide con un promedio de años transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad a la fecha con una media de 5.8 ( $\pm 3.710$ ), mínimo 1 máximo 16 años, siendo 74 mujeres y 26 hombres con una media de edad de 47 ( $\pm 10.7$ ), todos ellos usuarios del Hospital General Ignacio Zaragoza ISSSTE, que acudieron al servicio de consulta externa durante el periodo de agosto - octubre de 2014, con un mes de tratamiento anti-reumático por lo menos y bajo consentimiento informado.



Se diseñó un instrumento, estructurado a partir de las variables consideradas en la presente investigación, el cual contiene en total 49 ítems, y está dividido en cuatro partes, la primera comprende datos del perfil socioeconómico del paciente(5 ítems), la segunda parte se consientan los datos de antecedentes de la enfermedad con (5 ítems), mientras la tercera la conforma la dimensión de la funcionalidad familiar (19 ítems) contiene los patrones de la comunicación e involucramiento familiar, resolución de problemas y autoestima; la cuarta parte involucra a la adherencia terapéutica con (19 ítems); la cual implica el conocimiento de la enfermedad, cumplimiento del tratamiento y empatía con el equipo de salud. La investigación se inició con una prueba piloto del instrumento a 50 pacientes, que cursan con enfermedad crónica degenerativa del Hospital General La Perla, observándose un grado de confiabilidad de 0.900 Kuder-Richardson.

Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS V. 17.0 con el cual se obtuvieron las estadísticas descriptivas de las variables de estudio.

Las pruebas de significancia estadística fueron: para las variables cuantitativas la t de Student y para las variables cualitativas la prueba de KW, X2 con un nivel de confianza al 95%. Así mismo se calculó como estimación de riesgo la razón de momios (RM) con IC95% estableciendo como riesgo cuando la RM > 1 y el intervalo de confianza no incluyera al 1 (p < 0.05).

**Cuadro 1.** Sexo, tipo de familia y la determinación de la Adherencia Terapéutica

Variables	Adherencia Terapéutica				
	BAJA	MEDIANA	RM	IC95%	*p
<b>SEXO</b>					
Masculino	00 (00)	26 (100)			
Femenino	41 (55.4)	33 (44.6)	2.24	1.73-2.89	0.0001
<b>Tipo de familia</b>					
Nutricia	3 (6.3)	45 (93.8)			
Conflictiva	38 (73.1)	14 (26.9)	40.7	10.88-152.39	0.0001

\*p X2

El ser mujer representa 1.2 veces más de riesgo que el ser hombre, siendo una diferencia clínica y estadística significativa (RM=2.24; IC95% 1.73-2.89, p<0.0001). Mientras en la familia conflictiva existe 39.7 veces más de riesgo que la familia nutricia, la diferencia es clínica y estadísticamente significativa (RM=40.7; IC95% 10.88-152.3, p<0.0001).



**Cuadro 2.** Escolaridad y la determinación de la Adherencia Terapéutica

Variables	Adherencia Terapéutica				
	BAJA	MEDIANA	RM	IC95%	*p
<b>ESCOLARIDAD</b>					
Educación básica	41 (45.6)	49 (54.4)	1.837	1.520-2.219	0.005
Educación superior y posgrado	00 (00)	10 (100)			

\*p X2

Las personas que solo cuentan con educación básica representa una vez más de riesgo que en aquellas personas que logran adquirir estudios de educación superior y posgrado, siendo una diferencia clínica y estadística significativa (RM=1.837; IC95% 1.520-2.219,  $p < 0.005$ ).

**Cuadro 3.** Autoestima y la determinación de la Adherencia Terapéutica

Variables	Adherencia Terapéutica				
	BAJA	MEDIANA	RM	IC95%	*p
<b>AUTOESTIMA</b>					
Baja	31 (55.4)	25 (44.6)	4.216	1.748-10.166	0.001
Media	10 (22.7)	34 (77.3)			

\*p X2

Las personas con autoestima baja representa tres veces más de riesgo que en aquellas personas que logran adquirir una autoestima media, siendo una diferencia clínica y estadística significativa (RM=4.216; IC95% 1.748-10.166,  $p < 0.001$ ).

**Cuadro 4.** Autoestima y Tipo de Familia

Variables	Conflictiva (n=52)	Nutricia (n=48)	*p
	<b>AUTOESTIMA</b>		
Baja	40 (71.4)	16 (28.6)	0.0001
Media	12 (27.3)	32 (72.7)	

\*p X2

Las personas que conviven con una familia conflictiva mantienen una autoestima baja del 71.4% y el 27.3% logra una AT media, en cambio la familia nutricia en un 72.7% alcanza una autoestima media, mientras 28.6% presenta autoestima baja, siendo una diferencia estadística significativa ( $p < 0.0001$ ).

**Cuadro 5.** Conocimiento de la enfermedad y la determinación de la Adherencia Terapéutica

Variables	Adherencia Terapéutica				
	BAJA	MEDIANA	RM	IC95%	*p
<b>CONOCIMIENTO</b>					
Bajo	41 (44.6)	51 (55.4)	1.804	1.502-2.167	0.020
Alto	00 (00)	8 (100)			

\*p X2

Las personas con conocimiento bajo de la enfermedad representa una vez más de riesgo que en aquellas personas que logran un alto conocimiento de su padecimiento, siendo una diferencia clínica y estadística significativa (RM=1.804; IC95% 1.502-2.167,  $p < 0.020$ ).

**Cuadro 6.** Etapas de la vida y la determinación de la Adherencia Terapéutica

Variables	Adherencia Terapéutica				
	BAJA	MEDIANA	RM	IC95%	*p
<b>CONOCIMIENTO</b>					
Adulto joven y maduro	32 (42.7)	43 (57.3)	1.323	0.539-3.374	0.642
Adulto mayor	9 (36.0)	16 (64.0)			

\*p X2

Los adultos jóvenes y maduros representa una vez más de riesgo que en los adultos, mayores siendo una diferencia clínica significativa, pero no estadísticamente significativa ( $p > 0.0642$ ). Se observa que el 75 de los casos pertenecen a la etapa de la vida de adulto joven y maduro los cuales solo alcanzan la baja y mediana AT, éste dato es importante considerando que la esperanza de vida en México es de aproximadamente 80 años, por lo cual cabría preguntarse qué calidad de vida les espera a estos pacientes.

**Cuadro 7.** Empatía con el equipo de salud y la determinación de la Adherencia Terapéutica

Variables	Adherencia Terapéutica				
	BAJA	MEDIANA	RM	IC95%	*p
<b>EMPATÍA</b>					
Baja	41 (73.2)	15 (26.8)	3.733	2.421-5.756	0.0001
Alta	00 (00)	44 (100)			

\*p X2

Los personas con empatía baja con el equipo de salud representan 2 veces más de riesgo que en los pacientes que conservan empatía alta, siendo una diferencia clínica y estadísticamente significativa, ( $p < 0.0001$ ).

## DISCUSIÓN

Tal como lo expresó Virginia Satir, el seno familiar es fundamental en la adherencia terapéutica, debido a que si la persona se encuentra interactuando con una familia conflictiva su autoestima se encontrara disminuida; lo que afectara la adherencia terapéutica, mientras los que habitan en un hogar nutricional su desenvolvimiento es diferente, armónico, existe comunicación y donde se fomenta la autoestima, tan indispensable en procesos de enfermedad crónica. Por lo que coincidimos con la teórica en este estudio que ha demostrado con resultados estadísticamente significativos que la autoestima a baja existe baja adherencia terapéutica.

Como lo ha demostrado el Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculo esqueléticas y de la Piel, en los Estados Unidos se demostró que el sexo femenino es el más afectado para la incidencia de la AR, nuestros resultados manifiestan que el 74% de las personas estudiadas pertenecen al sexo femenino, además es de llamar la atención que su adherencia terapéutica es baja, situación que no había sido reflejada en otras investigaciones.

Sobre la comunicación del médico y la adhesión del paciente al tratamiento, se demostró que la comunicación médico está significativamente correlacionada positivamente con la adherencia de los pacientes; hay un 19% más de riesgo de la falta de adherencia entre los pacientes cuyo médico comunica mal, que entre los pacientes que reciben una comunicación adecuada por su médico tratante. Nuestro estudio demostró que no existe empatía con el médico tratante en la consulta externa, lo cual incrementa el riesgo de AT.

## CONCLUSIONES

Desde la postura teórica de Virginia Satir, se manifiesta que la familia es un recurso fundamental para mantener la adherencia terapéutica, y dentro del seno de una familia nutricional se favorece aún más, por lo que se comprueba la hipótesis de trabajo que a la AT está estrechamente relacionada con la funcionalidad familiar.

No existe una solución universal para mejorar la adherencia terapéutica, ya que influyen muchos factores. Lo ideal sería una combinación de esfuerzos en el seno de equipos multidisciplinarios, para obtener sinergias que multipliquen el resultado. Considerando que es vital la individualización para cada paciente.

Es de señalar que esta investigación se llevó a cabo en el ISSSTE Zaragoza, en donde el tratamiento se le proporciona al paciente, sin embargo es de interés explorar el comportamiento de este fenómeno en instituciones donde se atiende población abierta y que carecen de recursos económicos para adquirir los medicamentos, posiblemente esta condición afectará en el control de la Artritis Reumatoide.

Para la profesión de enfermería el cuidado tiene una importancia primordial. En las últimas décadas se ha identificado como el paradigma único a la disciplina y como "el corazón" de nuestra profesión, por lo que ella debe redireccionar su actuar retomando al seno familiar como un elemento fundamental en la adherencia terapéutica, esto sugiere la necesidad de nuevos modelos de atención primaria que deben ser abordados desde la formación del profesional de enfermería.



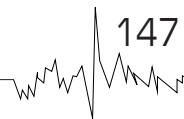


Considerando que existe un número reducido de médicos especialistas en reumatología, los profesionales de enfermería deben verlo como un lecho de oportunidad, en virtud de coadyuvar a enfrentar el proceso de la enfermedad, enlazar el apoyo con los integrantes de la familia, planificar un plan de alta de enfermería que permita un seguimiento del caso y participar en la formación del cuidador primario en el hogar, ello le permitirá reconocimiento social.

Finalmente contemplamos la posibilidad de realizar un estudio con un mayor número de pacientes y analizar otras variables que nos permitan dar una descripción más profunda de la falta de adherencia terapéutica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004. Traducción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)
2. Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología Salud*, 2000; 7 (1): 35-61.
3. OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid. Ediciones Doyma. 2003.
4. Gertler P. The impact of Disease Management on Health, CPG Compliance, Quality, and Cost of Care Simcoe DRAFT. 2003; (12):1-29
5. Colliere MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev Enferm*. 1999; 22(1):27-31.
6. Fausett, H.J. (2004). Artritis. En C.A. Warfield y H.J. Fausett (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (p. 147-153). Barcelona: Masson
7. Guedes, C., Sumont-Fischer, D., Leichter-Nakache, S. y Boissier, M.C. (1999). Mortality in rheumatoid arthritis. *Revue du Rhumatisme (England Edition)*, 66, 492-498.
8. OMS. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29\\_2EstrategiasMejora.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf). Consultado 17 mayo 2013.
9. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. *Acta MED*. Colomb 2005; 30:268-73.
10. Virginia Satir, *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, ed. Pax México, 2ª reimpresión, 2005
11. Satir Virginia. *Psicoterapia Familiar Conjunta*. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1980, pag.41-50
12. Wittezaele Jean Jacques y Teresa García, *La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las ideas esenciales*. Barcelona, ed. Heder, 1994.
13. Gene Hunder, M.D. *Hablemos claro sobre la artritis*. Clínica Mayo. 2010 ed. Intersistemas. ISBN 978-607-443-034-9, pag. 49-60
14. Arraras, J.I. y Garrido, E. (2008). El afrontamiento de la enfermedad. *Medicina y Salud (mayo-junio)*, 11. Disponible en red: <http://www.zonahospitalaria.com>.



# RELACIÓN ENTRE PROBABLE DETERIORO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

PROBABLE RELATIONSHIP BETWEEN  
COGNITIVE IMPAIRMENT AND  
DEPRESSION IN OLDER PEOPLE

Recibido 23 de septiembre 2013  
Aceptado 23 de diciembre 2014

**Correspondencia:**

Araceli Jiménez Mendoza  
M.C.E. y Profesora de Carrera Titular "A",  
ENEО-UNAM  
ajjimenez55070@gmail.com

**Autores:**

Araceli Jiménez Mendoza  
*M.C.E. y Profesora de Carrera Titular "A". ENEO-UNAM*

Blanca González Caamaño  
*M.S.P. y Profesor de Carrera Asociado "C". ENEO-UNAM*

Eliane Cadena Torres  
*Pasante en Servicio Social L.E.O. ENEO-UNAM*

Germán Benítez Miramontes  
*Pasante en Servicio Social L.E.O. ENEO-UNAM*

Jorge Rodríguez Hernández  
*Pasante en Servicio Social L.E.O. ENEO-UNAM*

Cristina Tapia Arriaga  
*Pasante en Servicio Social L.E.O. ENEO-UNAM*

Rosario Torres Cruz  
*Pasante en Servicio Social L.E.O. ENEO-UNAM*

Maribel Mendoza Milo  
*L.E.O. Profesora de Asignatura "A" ENEO-UNAM*

**Palabras clave:** deterioro cognitivo, depresión, anciano

**Keywords:** between cognitive impairment, depression, older people



## RESUMEN

**Introducción:** con el aumento de la esperanza de vida la vejez es un fenómeno creciente, en ésta etapa de la vida disminuyen las funciones físicas, psicológicas y sociales, favoreciéndose la presencia de enfermedades como el deterioro cognitivo y la depresión. Algunos estudios reportan que estas patologías son factores de riesgo para la demencia; sin embargo, si estos son detectados a tiempo se pueden tomar medidas preventivas para retrasar el posible daño.

**Objetivo:** identificar y correlacionar deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores de 60 años.

**Metodología:** estudio descriptivo, transversal, con una muestra 399 adultos mayores de 60 años que asistieron a centros de día, asilos, hospitales y centros del adulto mayor, a quienes se les realizó valoración geriátrica de enfermería para identificar probable deterioro cognitivo y depresión, a través de la aplicación de las pruebas de Mini Mental de Folstein y la escala GDS de Yesavage versión corta.

**Resultados:** El 73.7% fueron del sexo femenino, el 46% tienen entre 60 y 70 años de edad, el 23.63 % presenta probable depresión leve y el 24.54% va de probable deterioro cognitivo leve a moderado, cabe destacar que a mayor edad se observan casos de probable depresión y deterioro cognitivo severo.

**Conclusiones:** Existe consistencia entre el probable deterioro cognitivo y depresión en los niveles normal y leve en una quinta parte de la población estudiada conservando una similitud con otros estudios razón por la cual la valoración geriátrica de enfermería en la detección precoz es fundamental para limitar el daño.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo, depresión, adultos mayores.

## ABSTRAC

**Introduction:** The increase of the life expectancy in the elderly is a growing phenomenon, in this stage of life the physical, psychological and social functions diminish, favoring the presence of diseases such as cognitive impairment and depression. Some studies report that these conditions are risk factors for dementia. However, if these conditions are detected early, preventive measures can be taken to slow the damage.

**Objective:** To identify and correlate cognitive impairment and depression in adults over 60 years of age.

**Methodology:** descriptive, transversal, study with a sample of 399 adults over 60 years of age who attended day care centers, nursing homes, and hospitals, who underwent geriatric nursing assessment to identify probable cognitive impairment and depression, through the application of Folstein Mini Mental tests and Yesavage GDS short version.

**Results:** 73.7% were female, 46% are between 60 and 70 years of age, 23.63% have probable mild depression and 24.54% is probable mild to moderate cognitive impairment, it is noteworthy that the older are observed probable cases of depression and severe cognitive impairment.

**Conclusions:** There is consistency between the probable cognitive impairment and depression in normal and light levels in a fifth of the population studied retaining a similarity with other studies why geriatric nursing assessment in early detection is critical to limit damage.

**Keywords:** between cognitive impairment, depression, older people



## INTRODUCCIÓN

La pirámide poblacional se encuentra en un estado de inversión a nivel mundial, México no es la excepción, por lo que la vejez es un fenómeno que se está acrecentando al aumentar la esperanza de vida y al mismo tiempo disminuir las tasas de natalidad de los mexicanos. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores, en el año 2000, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población, y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050. Las proyecciones señalan que, entre 1980 y el año 2050<sup>1</sup>, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará al 77%, lo cual reflejará incremento de las enfermedades asociadas con la edad como el deterioro cognitivo (DC) sin demencia y la demencia afectando de manera directa la calidad de vida de esta población y demandar un mayor uso de los servicios de salud<sup>2</sup>.

La vejez es una de las etapas de la vida en la que las personas se enfrentan a una serie de cambios, situaciones de pérdida como la muerte de su pareja o personas cercanas, problemas de salud, hospitalización. En cuanto a los aspectos socio-culturales, cambio de domicilio, aislamiento social, fracaso familiar y socio-laboral, escasez de recursos económicos, disminución del soporte social, jubilación, fracaso familiar, transformaciones que pueden actuar como factores desencadenantes de DC y depresión<sup>3</sup>, a menudo con una disminución de la capacidad en el rendimiento cognitivo y con ellos a una lentitud del pensamiento o baja velocidad en el procesamiento de la información<sup>4</sup>.

El DC afecta a 7-10% de los mayores de 65 años y se incrementa con la edad (hasta 30% de casos por encima de los 80 años). El DC es un síndrome

caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas<sup>5</sup>. En la actualidad el DC persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial<sup>6</sup>. Aunque no todos los sujetos con DC evolucionarán a Enfermedad de Alzheimer que el de la población en general: 10-12% frente a 1-2% respectivamente<sup>7</sup>.

La demencia en el adulto mayor, presenta una incidencia proporcional a la edad y se ha estimado que se presentan en aproximadamente 5% de las personas de 65 años y en 20% de las personas de 80 años o más.

La depresión en la tercera edad puede afectar hasta el 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo, fragilidad y mayor índice de mortalidad<sup>8</sup>; si no se diagnostica ni se trata, causa sufrimiento innecesario para el senescente y su familia<sup>9</sup>.

Si bien la prevalencia de la depresión en el adulto mayor se calcula entre el 1 y 3%, cuando se aplican los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), la de los síntomas depresivos es mucho mayor y se ubica entre 10 y 50%.<sup>10,11</sup>

Es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar, sentimientos de placer, que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes, teniendo efectos negativos sobre las capacidades funcionales, por lo que con más frecuencia demandan los servicios hospitalarios.<sup>12</sup>



A pesar de que las cifras de prevalencia oscilan entre 10% y hasta 40%, también depende del tipo de población y del instrumento de valoración empleado<sup>13</sup>, por lo que el personal de enfermería debe incluir las valoraciones de manera preventiva y posteriormente implementar medidas para mejorar la salud mental de la persona adulta mayor.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo de corte transversal, de correlación, con una muestra 401 adultos mayores de 60 años que asisten a centros de día, asilos y hospitales, del Distrito Federal y Estados de Querétaro y Tlaxcala.

Criterios de inclusión: Personas mayores de 60 años, sin distinción de sexo, que aceptaron ser valoradas, que asisten a centros de día, asilos y hospitales del Distrito Federal, y los Estados de Querétaro y Tlaxcala.

Criterios de exclusión Todas aquellas personas menores de 60 años; personas que no aceptaron ser valoradas, o el llenado de sus datos no fue

completo o insuficiente. Tomando estos criterios se excluyeron 2 personas, quedando con una muestra de 399 adultos mayores.

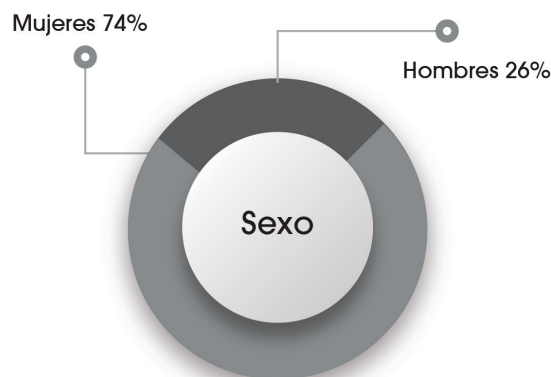
Se aplicó el Examen de "Mini-Mental" (de Folstein y cols 1975), para evaluar el deterioro cognitivo. Su versión oficial ha sido estandarizada por un grupo en trabajos que comenzaron en 1977 en su versión española (Lobo y cols. 1979; 1999; 2002). Se trata de un test sencillo y útil que consta de 30 ítems agrupado en 11 secciones que evalúa las siguientes áreas: 1.- Orientación temporal; 2.- Orientación espacial, 3.- Fijación; 4.- Atención y cálculo; 5.- Memoria; 6.- Nominación; 7.- Repetición; 8.- Comprensión; 9.- Lectura; 10.- Escritura; 11. Dibujo.<sup>11</sup>.

Y, para evaluar la depresión se utilizó la Escala de Depresión de Geriátrica en su versión en castellano, abreviada formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada.

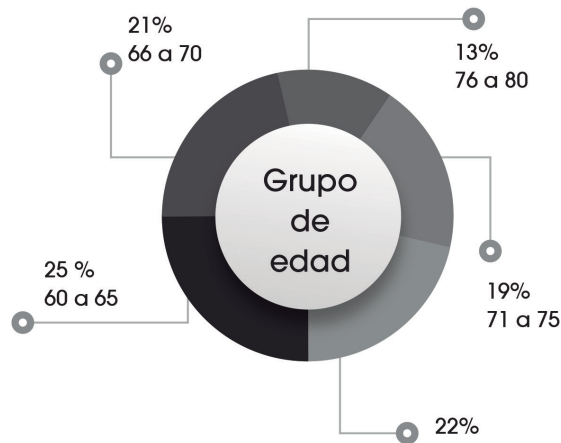
El puntaje de 0-4 se considera normal; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa<sup>15</sup>.

## RESULTADOS

En el estudio se observa que de los 399 adultos mayores evaluados, el 294 (73.7%) fueron del sexo femenino, y 105 (26.3%) del sexo masculino.

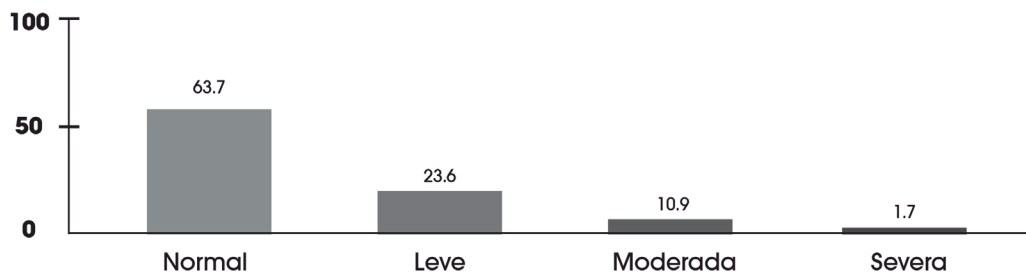


En cuanto a la edad de los entrevistados, 100 (25.0%) tuvieron entre 60 y 65 años, el 84 (21.0%) entre 66 y 70 años, 76 (19.0%) entre 71 y 75 años, 52 (13.0%) entre 76 y 80 años y 88 (22.0%) tuvieron 81 años y más de edad.



### Escala de Depresión Geriátrica

La Escala de Depresión Geriátrica (SDG), muestra que de las 399 personas estudiadas 146 (63.7%) fue considerada normal, 94 (23.6%) arrojó un SDG leve, 44 (10.9%) un SDG moderado, mientras que 7 (1.7%) adultos mayores resultaron con un SDG severo.



De las 399 personas estudiadas, 104 (26.0%) fueron hombres, de los cuales el 68 (66.0%) resultó con un SDG normal, el 23 (21.7%) con SDG leve, el 12 (11.3%) arrojó un SDG moderado y sólo el 1 (0.9%) tuvo un SDG severo. Así mismo, 295 (74.0%) fueron mujeres, de las cuales el 185 (62.8%) resultó con un SDG normal, el 72 (24.3%) presentó depresión leve, el 32 (10.8%) arrojó una depresión leve y sólo el 6 (2.0%) tuvo una depresión severa según el SDG.



**Cuadro 1.** Frecuencia relativa y razón de prevalencia según resultados de la Escala de Depresión Geriátrica

<b>SDG</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Razón de prevalencia</b>
<b>Normal</b>	66.0	62.8	0.9
<b>Leve</b>	21.7	24.3	1.1
<b>Moderada</b>	11.3	10.8	0.9
<b>Severa</b>	0.9	2.0	2.2

La razón de prevalencia mujer/hombre para los resultados de normal, leve y moderada es prácticamente igual en los dos grupos (De 0.9 a 1.1); sin embargo, en lo referente a la depresión severa es de más del doble para el caso de las mujeres (Ver cuadro 1).

### SDG por grupos de edad

No presentaron datos de depresión 255 (63.9%) entrevistados; de las 144 (36.1%) restantes, 94 (23.6%) tuvieron depresión leve, 44 (10.8%) arrojaron una depresión moderada, mientras que 7 (1.8%) presentan depresión severa.

De acuerdo al grupo de edad, 99 (24.8%) tenían de 60 a 65 años de edad, otras 83 (20.8%) se encontraba entre los 66 a los 70 años de edad, 80 (20.0%) tenía de 71 a 75 años de edad, 50 (12.5%) estaba entre los 76 a los 80 años edad, mientras que 87 (21.7%) tenía más de 81 años.

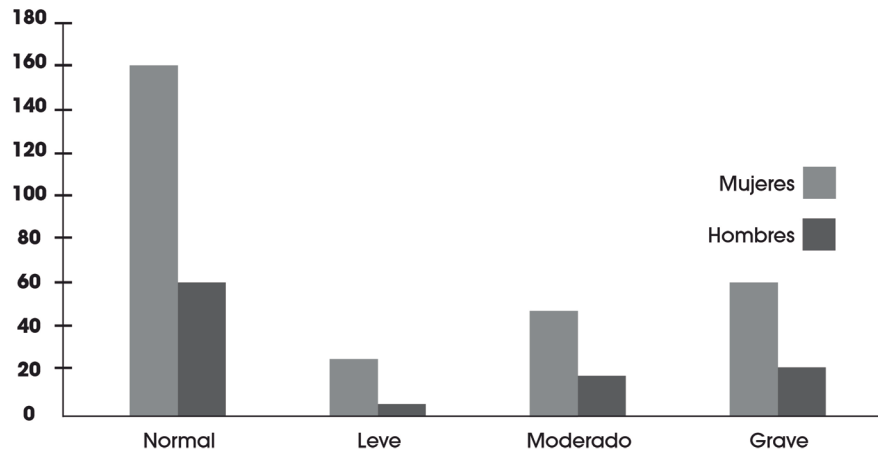
Presentó una leve depresión 94 (23.5%) según el SDG, de ese mismo universo, 4.0% se encontraba entre los 60 a 65 años de edad, 2.7% tuvo entre 66 a 70 años de edad, 3.2% se encontraba entre los 71 a 75 años de edad, el 5.3% estaba entre los 76 y 80 años de edad, mientras que del grupo de más de 81 años de edad fueron 8.3%, observándose como a mayor edad va aumentando el riesgo de padecer una depresión leve.

El 43 (10.75%) presentó depresión moderada de ese mismo universo, el 2.5% estuvo entre los 60 a 65 años de edad, el 2% tuvo de 66 a 70 años de edad, el 2.5% se encontraba entre los 71 a 75 años de edad, el 1.5% estuvo entre los 76 a los 80 años de edad, mientras que el 2.2% presentó más de 81 años de edad; reflejando aquí que el nivel de depresión moderada se mantiene entre los grupos de edad de forma homogénea.

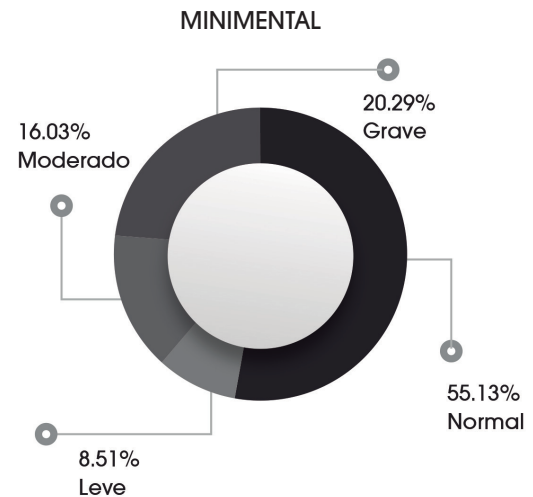
El 1.75% presentó datos de depresión severa, de ese mismo universo el 0.5% se encontraba entre los 60 a 65 años de edad, el 0.25% estaba entre los 66 a 70 años de edad, el 0.25% estuvo entre los 71-75 años de edad, entre los 76 a 80 años no presentó datos de depresión severa, mientras que el 0.75% presentó más de 81 años.

### Examen Mini-Mental

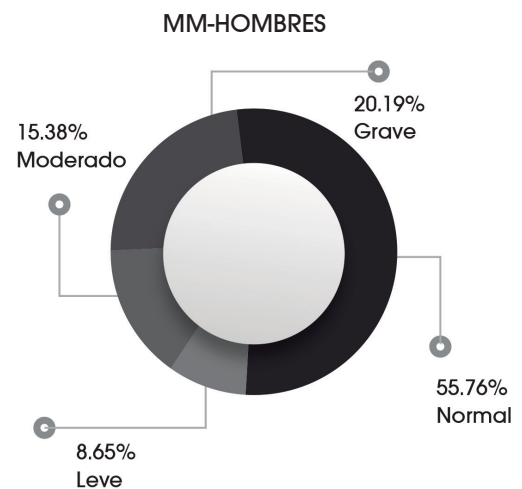
Respecto a la distribución por sexo, 103 (26.0%) fueron hombres, mientras que 296 (74.0%) fueron mujeres, notándose el predominio del sexo femenino, así como su prevalencia del deterioro cognitivo en sus diferentes estadios según el mini mental.



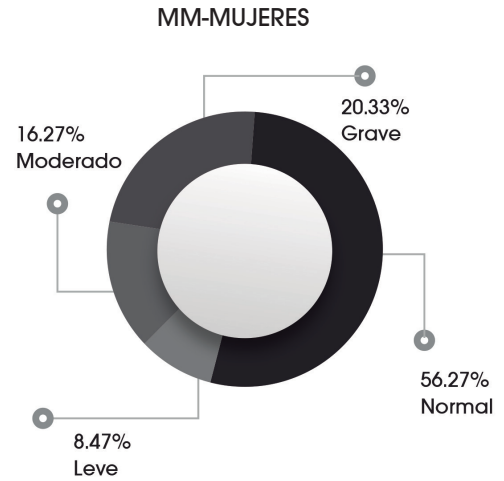
De las 399 personas estudiadas, 220 (55.13%) no presentó deterioro cognitivo, de las 179 (44.9%) restantes 33 (8.5%) presentaron deterioro leve, otras 64 (16.0%) presentan deterioro moderado, mientras que 82 (20.3%), resultado con grave deterioro cognitivo, demostrando así que un poco más de la mitad de la población estudiada no presentó deterioro, mientras que un poco más de la quinta parte de la población estudiada presentó un severo deterioro cognitivo.



De las 399 personas estudiadas, 103 (26.0%) fueron hombres, de los cuales el 57 (55.7%) no presentó datos de deterioro cognitivo, el 9 (8.6%) presente datos leves de deterioro, el 16 (15.4%) presento deterioro moderado, mientras que 21 (20.4%) presentó datos de deterioro severo. Observando como la quinta parte de la población masculina estudiada presenta datos de deterioro grave.

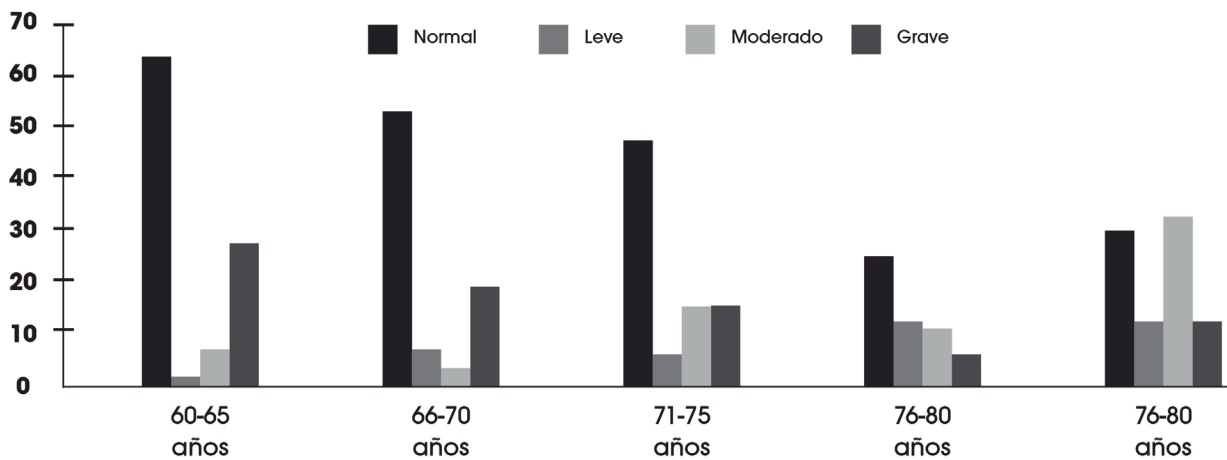


De las 399 personas estudiadas, 296 (74.0%) fueron del sexo femenino, de las cuales 167 (56.3%) no presentó datos de deterioro cognitivo, otras 24 (8.5%) presenta datos leves de deterioro, 47 (16.3%) presenta datos moderados de deterioro, mientras que 58 (18.9%) presenta deterioro cognitivo grave.



### Por grupos de edad DC

De las 399 personas estudiadas, 218 no presentaron datos de DC, 39 presentaron datos moderados de deterioro, 64 presentaron moderado deterioro, mientras que 78 presentan datos de severo DC.



De las 399 personas estudiadas, el 24.8% fue de 60 a 65 años de edad, el 20.79% se encontraba entre los 66 a los 70 años de edad, el 20.79% tenía de 71 a 75 años de edad, el 12.51% estaba entre los 76 a los 80 años de edad, mientras que el 21.77% presentó más de 81 años de edad. Prevalenciando el grupo de edad de entre 60 a 65 años quedando en menor proporción el grupo de edad que se encuentra entre 76 y 80 años de edad.

De las 399 personas estudiadas el 53.91% no presentó datos de deterioro, de ese mismo universo el 16.04% se encontraba entre 60 a 65 años de edad, el 13.28% presentó tener de 66 a 70 años de edad, el 11.07% estuvo entre los 71 y 75 años de edad, el 6.01% se mantuvo entre los 76 a 80 años, mientras que el 7.51% tuvo más de 81 años; presentando mayor prevalencia entre el primer grupo de edad y menor prevalencia en el cuarto grupo de edad.

De las 399 personas estudiadas el 9.75% presentó un leve deterioro cognitivo según el MM, de ese mismo universo, el 0.5% se encontraba entre los 60 a 65 años de edad, el 2% tuvo entre 66 a 70 años de edad, el 1.25% se encontraba entre los 71 a 75 años de edad, el 2.75% estaba entre los 76 y 80 años de edad, mientras que el 3.25% presentó más de 81 años de edad, observándose como a mayor edad va aumentando el riesgo de padecer deterioro cognitivo leve.

De las 399 personas estudiadas el 16.01% presentó deterioro moderado, de ese mismo universo, el 1.5% estuvo entre los 60 a 65 años de edad, el 0.75% tuvo de 66 a 70 años de edad, el 3.5% se encontraba entre los 71 a 75 años de edad, el 2.5% estuvo entre los 76 a los 80 años de edad, mientras que el 7.76% presentó más de 81 años de edad; reflejando aquí que el nivel moderado de deterioro cognitivo, va en aumento a mayor edad.

De las 399 personas estudiadas el 19.52% presentó datos de deterioro cognitivo severo, de ese mismo universo el 6.76% se encontraba entre los 60 a 65 años de edad, el 4.76% estaba entre los 66 a 70 años de edad, el 3.5% estuvo entre los 71-75 años de edad, el 1.25% se encontraba entre los 76 a 80 años, mientras que el 3.25% presentó más de 81 años. Revelando así, que a mayor edad aumenta la posibilidad de encontrarse en un estado de deterioro cognitivo grave.

## CONCLUSIONES

**S**e observó predominio en el sexo femenino el 73.7%; la edad que predominó en nuestra fueron las personas que tenían de 60 a 65 años, y tan solo por debajo con el 22% personas que tenían de 86 años y más.

En cuanto al Examen de Mini- Mental se obtuvo lo siguiente, el 8.51% presentó un deterioro leve, el 16.03% tuvo un deterioro moderado, mientras que el 20.29% presentó un grave deterioro cognitivo.

El DC con relación al sexo el 26% de los hombres se observó que la quinta parte de la población

masculina estudiada presenta datos de deterioro grave. En el caso de las mujeres el 8.51% presenta datos leves de deterioro, el 16.27% presenta datos moderados de deterioro, mientras que el 20.33% presenta deterioro cognitivo grave. Observando así que el grado de porcentajes actúa de manera similar que en la variable del sexo masculino, observando que aunque existe mayor población femenina no existen diferencias al momento de realizar la estadística, poniendo así de manifiesto que la variable sexo no es determinante para el deterioro cognitivo, ya que al igual que con el género masculino la quinta parte de la población estudiada de mujeres muestra deterioro cognitivo severo.

En cuanto a la edad y DC prevaleció el grupo de edad de entre 60 a 65 años quedando en menor proporción el grupo de edad que se encuentra entre 76 y 80 años de edad. Sin embargo lo relevante fue que entre los 60 a 70 años de edad un 11% presentó un DC grave por debajo un 5% personas de 71 a 80 años y tan sólo un 3% de más de 81 años.

En lo que a la SDG respecta se observó que de la población total, el 23.63% arrojó un SDG leve, el 10.94% mostró un SDG moderado, mientras que el 1.73% salió con un SDG severo. Demostrando así que más de la mitad del total de la población estudiada no mostró depresión, mientras que un poco menos de la cuarta parte tuvo depresión. De los 104 hombres, el 21.69% salió con SDG leve, el 11.32% arrojó un SDG moderado y solo el 0.94% tuvo un SDG severo. Apreciándose que más de la mitad de la población de hombres estudiada no presentó datos de depresión según el SDG. De las 295 mujeres encuestadas el 24.32% presentó depresión leve, el 10.81% arrojó una depresión leve y sólo el 2.02% tuvo una depresión severa según el SDG. Donde se puede apreciar que más de la mitad de la población estudiada de mujeres no presentó depresión, aunque cabe señalar que el porcentaje de mujeres con depresión severa aumenta en relación con el porcentaje de hombres con depresión severa.



En cuanto al SDG por grupos de edad prevaleciendo el grupo de edad de entre 60 a 65 años quedando en menor proporción el grupo de edad que se encuentra entre 76 y 80 años de edad. Lo más relevante que se observó en el estudio fue que el 1.75% presentó datos de depresión severa, de ese mismo universo el 0.5% se encontraba entre los 60 a 65 años de edad. Revelando así, que a mayor edad aumenta la posibilidad de encontrarse en una depresión severa.

En la gráfica de correlación entre los resultados de SDG y Mini-Mental se puede observar que conservan una relación lineal paralela entre el nivel denominado normal, leve y severo, mas no en el nivel moderado, ya que tienen relación perpendicular posiblemente debido a la poca población que obtuvo este resultado, tanto para Mini-Mental como para SDG; por otro lado realizando una comparación entre los grupos de edad para el resultado severo (SDG) y grave (MM), se observa que existe una tendencia en ambos estudios a que a mayor edad se presenta mayor deterioro cognitivo, relacionándolo con la depresión, ya que la gráfica actúa con la misma propensión; comprobando así la relación estrecha que existe entre la depresión como factor riesgo para desarrollar deterioro cognitivo.

## DISCUSIÓN

Se tuvo un comportamiento muy típico de lo que podríamos llamar la demencia en el anciano ya que las etapas de inicio de la enfermedad se dieron en los rangos de edad determinados, se determinó que de 60 a 65 se encontró un incremento muy significativo, ya pudo ser de MM o SDG donde se estima un 15 a 20% de probabilidad de adquirir

una demencia y las posibilidades de diagnosticar precozmente la depresión

Al igual que en otros estudios ya revisados, los resultados que arrojó esta investigación, respecto a la prevalencia según sexo frente a la depresión severa en sus diferentes estadios.

*A Escala mundial, la incidencia de esta enfermedad (depresión) es hasta 2 veces más alta en mujeres que en los hombres, según la OMS<sup>16</sup>. De acuerdo con la derrama de resultados obtenidas podemos deducir que obtuvimos diferencias en los resultados de la depresión de acuerdo al género, observando aquí una mayor depresión en mujeres en comparación con el hombre, cabe señalar que la población estudiada fue más amplia en esta investigación en donde se menciona que, la depresión prevaleció en los viudos con un 44.3% (66), entre los jubilados con un 56.4% siendo más elevada en hombres con 69.1% (N=38) que mujeres 48.9%.<sup>17</sup>*

De acuerdo con las bibliografías, uno de los factores de riesgo para el incremento de probabilidad de padecer deterioro cognitivo es la edad avanzada, *Los resultados sugieren que el deterioro cognitivo es una condición importante en la población de adultos mayores mexicanos.<sup>18</sup> Reforzando así los resultados obtenidos en esta investigación, ya que se observa la tendencia de padecer deterioro cognitivo a mayor edad; es importante mencionar que de igual manera, se ha reportado una alta prevalencia depresión en la población mexicana. Las cifras van desde un 10% hasta 40%, dependiendo del tipo de población estudiada y del instrumento de valoración empleado.<sup>19</sup> Nuestras gráficas obtenidas tienen un comportamiento similar en cuanto al comportamiento de la depresión y el deterioro cognitivo.*



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar-Navarro SG, Ávila Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med Mex* 2007; 143 (2): 143-150.
2. Mejía Arango SA, Miguel-Jaimes A, Villa L. Ruiz-Arregui L, y Gutiérrez Robledo L.M. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Mex.* 2007; 49 (S4): S475-S481.
3. Arango JC, Fernández S, Depresión en la enfermedad de Alzheimer, *Revista latinoamericana de Psicología.* 2003; 35 (1): 41-54.
4. Herrera M. C, Et al. Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos mayores con riesgo de Alzheimer *Revista Investigación y educación en Enfermería.* 2008; 26 (1): 24-35.
5. Armas J; Carrasco M.R, Valdés A. Los factores de Progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2008; 7 (4) 1-15.
6. Pérez V, El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=33335&id\\_seccion=800&id\\_ejemplar=3437&id\\_revista=69](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=33335&id_seccion=800&id_ejemplar=3437&id_revista=69) Recuperado 21 de marzo de 2013.
7. Ibidem 5
8. Sánchez Gil, et Al. Depresión y Deterioro Cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. 2009; 8 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000400008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000400008&script=sci_arttext) Recuperado 21 de marzo de 2013.
9. Pérez V; Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integral.* 2008; 24 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000300002&script=sci_arttext) Recuperado 21 de marzo de 2013.
10. Ávila J.A, Melano E, Payette H, Amiela H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Mex.* 2007; 49 (5) 367-375.
11. Martínez Mendoza JA, Martínez Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 21-28.
12. Ibidem 10.
13. Mejía Arango SA, Miguel-Jaimes A, Villa L. Ruiz-Arregui L, y Gutiérrez Robledo L.M. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica Mex.* 2007; 49 (S4): S475-S481. (OJO es la ref 2 está repetida)
14. López J; Martí G, Minimental State Examination (MMSC). *Rev Esp Med Legal.* 2011; 37 (3): 122-127.
15. Martínez J, Onís Ma C, Dueñas R U, Colomer A, Aguado C, Lluque. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Med. Fam,* 2002; 2 (10): 620-630.
16. Op. Cit. Pérez. V.
17. Ibidem.
18. Op. Cit. Mejía S.
19. Ibidem.





# PRINCIPALES CAUSAS DE PORQUE LA POBLACIÓN MEXICANA PROCRASTINA EN SU SALUD

MAIN CAUSES OF BECAUSE  
THE MEXICAN POPULATION  
PROCRASTINA IN  
YOUR HEALTH

Recibido 17 de noviembre  
Aceptado 19 de diciembre 2015

**Correspondencia:**

M. en C. Adela Alba Leonel  
Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan  
Col. San Lorenzo Huipulco C. P. 14370  
Tlalpan, México, D. F.  
Tel. 55 56 23 32 Ext. 269  
adelaalbaleonel@yahoo.com.mx

**Autores:**

Linda Gloria Granados Villanueva  
*Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM*

M. en C. Adela Alba Leonel  
*Mtra. en Ciencias Sociomédicas con énfasis en Epidemiología. Profesor de Carrera Asociado "C", Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM*

**Palabras clave:** Procrastinación en salud, factor de riesgo, calidad de atención

**Key words:** procrastination in health, risk factors, quality of care

## RESUMEN

**Introducción:** La procrastinación en salud es un factor de riesgo para que se presenten tanto enfermedades agudas o crónicas degenerativas, así como complicaciones en general.

**Objetivo:** Identificar las principales causas de procrastinación en salud de la población mexicana.

**Metodología:** El presente estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo, la unidad de observación fue pacientes y personas que acudieron a un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México y en población abierta, el muestreo fue no probabilístico. Se aplicó un cuestionario expofeso "Escala de procrastinación en la atención de la salud" con 14 reactivos.

**Resultados:** La muestra total fue 317 personas (200 en un hospital y 117 en población abierta). El 58% correspondió al sexo femenino, el 56% tenían entre 18 y 39 años de edad. El 39% cuentan con seguro popular, el 16% no tienen ninguno. El 99.3% procrastina en su salud. Las principales causas de procrastinación fueron: el 64% posterga ir al médico porque los servicios de atención son muy lentos, 14% refiere que no le resuelven su enfermedad, de estos el 42% lo complementa con remedios caseros; el 17% no termina el tratamiento por cuestiones económicas; el 38% asiste cuando ya tiene una complicación. El 50% se atiende en último momento por no tener tiempo para su atención; 27% por perder mucho tiempo para ser atendido, 25% por no tener dinero y el 20% le da miedo saber qué es lo que tiene.

**Conclusiones:** La procrastinación en salud se debe en gran medida a la falta de calidad en la atención de los servicios de salud como tiempo de espera, resolución de la enfermedad y accesibilidad al tratamiento.

**Palabras clave:** Procrastinación en salud, factor de riesgo, calidad de atención.

## ABSTRACT

**Introduction.** Introduction: The procrastination in health is a risk factor for both acute and chronic degenerative diseases, as well as complications arise in general.

**Objective:** To identify the main causes of procrastination in health of the Mexican population.

**Methodology:** This study was quantitative descriptive, the unit of observation was patients and people who came even from Mexico City and in open population tertiary hospital, sampling was not probabilistic. A questionnaire was applied indifferent reagents 14 "scale of procrastination in health care".

**Results:** The total sample was 317 people (200 in a hospital and open population 117). 58% corresponded to females, 56% were between 18 and 39 years old. The 39% have popular insurance, 16% have none. The 99.3% procrastinate in your health. Were the main causes of procrastination: the 64% delayed going to the doctor because services are very slow, 14% concerned that not they solve their disease, these 42% complements it with home remedies; 17% does not end treatment for economic reasons; the 38% assists when you already have a complication. 50% served at last moment by not having time for your attention; 27% by lose much time to be served, 25% for not having money and 20% gives you fear know what they have.

**Conclusions:** Procrastination in health is largely due to the lack of quality of care in health services as time waiting, resolution of disease and treatment accessibility.

**Key words:** procrastination in health, risk factors, quality of care.



## INTRODUCCIÓN

La palabra procrastinación que usualmente escuchamos, proviene de "*procrastinate*", que significa "*pro*" hacia adelante, "*cras*" o "*crastinus*" para mañana, lo que significa aplazar intencionalmente o habitualmente algo que debería ser hecho.<sup>1</sup> Del latín: *pro*, adelante, y *crastinus*, referente al futuro) o posposición, es la acción o hábito de postergar actividades o situaciones que deben atenderse, sustituyéndolas por otras situaciones más irrelevantes y agradables.<sup>2</sup>

Este es un fenómeno habitual de las actividades humanas, que data desde hace varios siglos, tanto en el oriente como en occidente.<sup>3</sup> Actualmente esta acción es típica en las sociedades industrializadas; tanto, que se le ha considerado un "mal moderno".<sup>4</sup> Generalmente la postergación es producida por la falta de hábitos para abordar situaciones en las que debe focalizar la atención o bien darle prioridad a lo inaplazable.<sup>5</sup> Habitualmente las personas que posponen decisiones de cualquier índole desarrollan alteraciones emocionales como: ansiedad, frustración, apatía, resentimiento, culpa, vergüenza, autodesprecio, falta de autoestima y depresión, como resultado de la falta de esfuerzo para afrontar las consecuencias negativas de evitar o demorar las situaciones o tareas.<sup>6,7</sup>

La procrastinación se encuentra en diferentes ámbitos, sin embargo el que más se ha estudiado es en el nivel académico. Aun cuando existen otros muy distintos como el laboral, cuidado de la salud, atención de la familia o pareja, en el desarrollo y capacitación profesional e incluso en el uso del tiempo libre. Existen evidencias aisladas de investigaciones como en meta análisis y revisiones sistemáticas efectuadas sobre miles de casos particulares que sugieren que el 89% de las personas manifiestan procrastinación en distintos niveles y áreas.<sup>1</sup>

En el presente artículo, nos enfocaremos a la procrastinación en salud aun cuando existe poca la bibliografía que lo argumente o haga notar en

cuestiones de salud. Nos podemos percatar que día a día asciende el número de personas que postergan su estado de salud, o bien actividades que ayuden a prevenir o evitar enfermedades como: la realización de chequeos médicos, exámenes de laboratorios, modificar su estilo de vida, adherencia al tratamiento, etc.

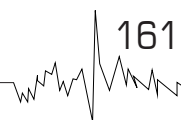
El procrastinador en salud sabe que debe cuidarse, que debe hacerse chequeos médicos, sabe que puede y trata de hacerlo, pero en realidad no lo hace ya que en su camino encuentra obstáculos y barreras que le impiden culminar con esta tarea, por lo que es importante identificar cuáles son las principales causas de procrastinación en su salud.

Quizás una de las razones por las que no se atienden es porque aún no se han manifestado algunos de los signos y síntomas de la enfermedad debido a que se encuentra dentro del estadio inicial, lo que lleva a aplazar la atención hasta el grado en que ya no hay más que hacer debido a que se encuentra en una etapa terminal que es cuando generalmente se presentan malestares mayores o bien los signos y síntomas son más visibles, o cuando se trataron con "remedios caseros" y estos no tuvieron el efecto esperado.

Generalmente la población no considera o cree conveniente realizarse examen médico general con el propósito de realizar detección oportuna, prevenir enfermedades así como tratamiento oportuno.

En ocasiones el exceso de confianza y/o el aparente control sobre la salud o enfermedad, son algunas de las causas de procrastinación en salud, así como la falta de tiempo, la apatía, siendo estos un factor de riesgo para presentarse la enfermedad, complicaciones y en ocasiones la muerte.

Por otro lado la procrastinación puede ser el reflejo de características ambientales como es la atención en los servicios de salud con respecto al tiempo de espera, falta de recursos, etc. que lo motiva a postergar la atención a su salud; además de características personales que promueven el aplazamiento,



vinculadas con una baja motivación al logro.<sup>1</sup> Steel explica las causantes de procrastinación por falta de motivación la cual es afectada por cuatro factores:

- **Expectativa:** Esperan terminar la tarea ya sea fácil o difícil, existen personas con exceso de confianza en sus capacidades para sacar adelante ciertas tareas. Lo cual provoca que pospongan sus obligaciones hasta el último momento y en ocasiones obtiene un gran éxito. Sin embargo en el caso de salud consideran que la consulta médica les resulta muy difícil por diferentes situaciones, por lo que tienden a procrastinar.
- **Valoración:** No todas las tareas que realizan tienen el mismo valor y no resultan igualmente placenteras. La mayoría de las personas muestran una mayor tendencia a procrastinar cuando los plazos de expiración se encuentran más lejanos en el tiempo. Si el tiempo de espera para la atención en salud fuera corto las personas acudirían con mayor frecuencia teniendo así una mejor prevención y control de enfermedades y/o complicaciones, generando en la población mayor interés en su salud.
- **Impulsividad:** Hacer la actividad sin reflexionar, simplemente lo hace por la emoción del momento. En caso de salud podría ser que cuando hay campañas de detección como examen de Papanicolaou, las personas se hacen el estudio sin embargo, no van por los resultados porque estos los entregan tiempo después.
- **Demora de la satisfacción:** No es lo mismo saber que la tarea terminará en 15 minutos, o que disfrutaremos de los beneficios inmediatamente. Con respecto a la salud cuando ya existen signos y síntomas los pacientes piensan que tan solo ir a la consulta se curaran, sin embargo es necesario seguir el tratamiento por unos días, a veces los pacientes creen que tan solo tomar una sola vez el tratamiento se van a curar y no consideran que esto depende de la patología si es curable o no así como su estadio<sup>2</sup>

Si relacionamos lo anterior con las carencias de los sistemas de salud en México, con respecto: tiempo de espera para ser atendido, falta de recursos materiales y humanos, resolución del problema de salud, carencia de medicamentos, costos de las consultas y calidad de atención. Aunado a las características propias de cada individuo, podrían ser algunos de las causas de porque la población tiende a postergar su salud.

La procrastinación en salud en cualquiera de sus formas es un problema de salud pública, el cual tiene un impacto económico en el paciente, población y en los sistemas de salud, ya que aumenta la prevalencia e incidencia de las enfermedades agudas/crónicas, complicaciones de estas e inclusive la muerte, aumentando así los días de estancia hospitalaria, recursos materiales y humanos en salud.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud del año 2000 se reportó que uno de cada cuatro mexicanos había postergado su atención médica, por problemas económicos. Por lo que a través del Programa de Salud para Todos se promueve el Seguro Popular de Salud (SPS) con el propósito de brindar protección financiera a la población que careciera de seguridad social en salud y reducir los gastos de bolsillo en que incurrir las familias por atender su salud y que constituyen una causa de empobrecimiento para las familias más vulnerables, así como fomentar la atención preventiva de la salud.<sup>8</sup>

## METODOLOGÍA

**S**e realizó un estudio cuantitativo descriptivo de tipo transversal, la unidad de observación fue pacientes y personas que acudieron a un hospital de tercer nivel del D.F. así como en población abierta, el muestreo fue no probabilístico.

Los criterios de inclusión fueron personas y pacientes de ambos sexos mayores de 18 años de edad que acudieron aún hospital de tercer nivel de la



Ciudad de México así como población aledaña a este; criterios de exclusión: personas menores de edad y criterios de eliminación: que no hayan respondido el cuestionario correctamente y no quisieran participar.

Se aplicó un cuestionario exprofeso "Escala de procrastinación en la atención de la salud" con 14 reactivos diseñado por Granados Villanueva Linda Gloria y Alba Leonel Adela, el cual contemplaba datos demográficos (sexo, edad, escolaridad, ocupación y derechohabiencia) y 14 reactivos específicos de causas de procrastinación en salud,

el instrumento fue aplicado de forma individual con un tiempo de respuesta entre 10 y 15 minutos, los datos fueron recolectados en el mes de julio de 2015.

En lo que respecta a los aspectos éticos, se les explico a los participantes que su participación era voluntaria, anónima y que la información se manejaría únicamente de forma general donde se respetaría su privacidad y confidencialidad y solo se utilizaría con fines estadísticos.

La información se capturo y analizo en Excel, se realizó un análisis descriptivo y relativo para cada variable de la investigación.

## RESULTADOS

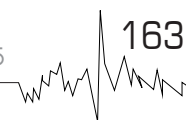
La población fue de 317 personas (200 en un hospital y 117 en población abierta). En cuanto a los datos sociodemográficos, el 58% correspondió al sexo femenino, el 56% tenían entre 18 y 39 años; el 53% trabaja actualmente; 39% de la población cuenta con seguro popular y el 16% no cuenta con servicios de salud (ver cuadro 1).

El 99.3% de la población reporto que procrastina en salud. El 18% afirmo que siempre cumple ir al médico cuando decide atenderse, solo el 55% de la población refiere realizarse chequeos médicos cada 6 meses, y el 62% reporto ir al médico antes de una complicación.

En lo que respecta a las características de porque la población mexicana procrastina en su salud, esta se analizó por dos grandes rubros: 1) los servicios de salud y 2) por las características propias de la población.

**Cuadro 1.** Datos sociodemográficos de la población entrevistada, 2015

	N	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	183	58
Femenino	134	42
<b>Edad</b>		
18-39	176	56
40-59	105	33
60-89	36	11
<b>Escolaridad</b>		
No estudio	12	4
Primaria trunca	12	4
Primaria terminada	41	12
Secundaria trunca	5	2
Secundaria terminada	88	28
Preparatoria	70	22
Licenciatura	70	22
Carrera técnica	19	6
<b>Ocupación</b>		
Desempleado	4	1
Hogar	95	30
Trabajador	168	53
Estudiante	40	13
Jubilado	4	1
Ningún oficio	6	2
<b>Derechohabiencia</b>		
IMSS	60	19
ISSSTE	36	11
SEDENA	4	1
Seguro Popular	123	39
Otro	43	14
Ninguno	51	16



En lo que respecta a los servicios de salud, la población reporto que el 64% posterga ir al médico porque son muy lentos, 27% pierde mucho tiempo para ser atendido y el 14% reporto que no le resuelven su problema de salud. Así como el alto costo de la consulta y del tratamiento (ver cuadro II).

Quizás una de los principales características de la población a la cual se le pregunto porque procrastina en su salud es que el 50% se atiende en último momento por no tener tiempo para su atención, 26% porque no tiene dinero para atenderse, 20% le da miedo saber qué es lo que tiene; el 50% reporta ya sentirse mejor, el 56% de la población les disgusta tener que modificar su dieta y estilo de vida (ver cuadro III).

**Cuadro 2.** Porque la población de un hospital de tercer nivel y población abierta del D. F. procrastina en su salud, 2015.

<b>Población</b>	<b>%</b>	<b>Servicios de salud</b>	<b>%</b>
No tiene tiempo	50	Son muy lentos	64
No tiene dinero	26	Pierde mucho tiempo para ser atendido	27
Miedo a saber qué es lo que tiene	20	No resuelven el problema de salud	14
Se siente mejor	50	Son muy caras las consultas	11
Le disgusta modificar la dieta	56	El tratamiento es caro.	9

**Cuadro 3.** Causas por las que la población de un hospital de tercer nivel y abierta del D. F. procrastina en la salud, 2015

<b>Causas</b>	<b>Esperan hasta el último momento</b>		<b>Aplazan su atención</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
No tengo tiempo	147	50	147	49
No tengo dinero	74	25	79	26
No hay quien me acompañe	16	5	11	4
Me da miedo saber qué es lo que tengo	55	19	59	20
Mi pareja no me deja ir	0	0	0	0
No procrastinan	2	1	2	1

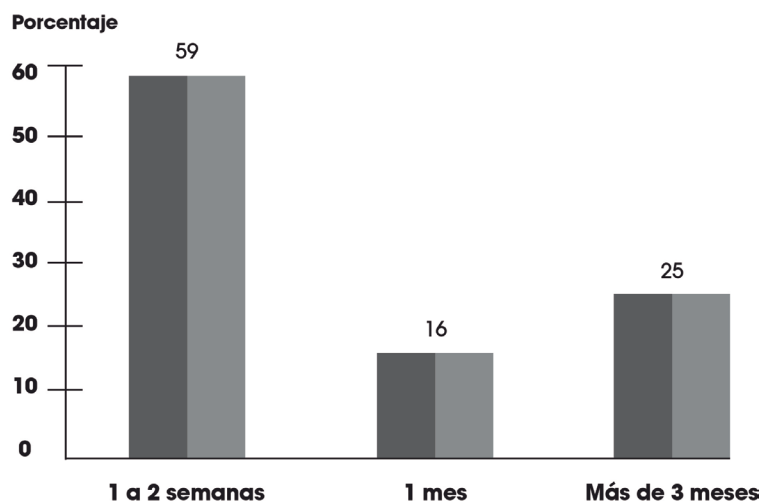


El 25% de la población tarda más de tres meses tan solo para decidir si se atiende o no, por lo que el 38% solicita la atención de los servicios de salud cuando ya tiene una complicación.

Del 62% de la población que dice atenderse antes de una complicación, solo el 55% se realiza chequeo médico, de estos el 14% se lo realizan cada tres años, lo que significa que es tiempo más que suficiente para desarrollar una enfermedad y/o complicación.

En lo que respecta al tratamiento, la población externó que tan solo el 15% a veces sigue las indicaciones médicas, de estas el 75% lo suspende porque ya se siente mejor, el 17% no lo termina por cuestiones económicas. El 42% de la población refirió que complementan su tratamiento con remedios caseros.

Tiempo que se tarda la población en decidir atenderse, 2015



Al hacer el análisis bivariado se reportó una  $RP=1.83$ , lo que significa que la probabilidad de procrastinar en salud es casi el doble de veces mayor en la población que tiene miedo a saber que enfermedad tiene con respecto a las que no tienen miedo o temor a saber su diagnóstico.

En cuanto a la medida de impacto el 45% de la población tiende a procrastinar en su salud por miedo a saber lo que tiene, si nosotros les damos toda la información sobre su enfermedad podríamos disminuir la procrastinación en salud de la población.

En cuanto las personas que reportaron no tener dinero la  $RP$  fue de 1.39, la probabilidad de procrastinar en su salud es 1.4 veces más cuando no tiene recursos económicos para atenderse.

Si aumentamos la seguridad social en la población podríamos disminuir la procrastinación en salud en un 28% en la población mexicana.

Al analizar los datos de los servicios de salud, la población reportó no asistir a los servicios de salud por que no le resuelven su problema o enfermedad, al calcular la medida de efecto se encontró una  $RP=1.89$ , por lo que la probabilidad de postergar su salud es casi dos veces mayor.

Si el personal de salud le da solución a las enfermedades entonces disminuiríamos el 47% de procrastinación.

La probabilidad de procrastinar en salud es de 1.5 más, porque pierden mucho tiempo esperando

para ser atendidos, aun cuando existe un indicador de tiempo de espera este sigue siendo un problema en la calidad de atención.

Si se disminuye el tiempo de espera para la atención se podría evitar que el 33% procrastine en su salud por el tiempo.

En ocasiones como los servicios de atención no le dan respuesta a su problema de salud acuden a los servicios privados los cuales en ocasiones son más caros, por lo que la población reporto que la probabilidad de procrastinar en su salud es de 1.4 veces más cuando se carece de recursos económicos a diferencia de los que no tienen este problema.

Si los servicios de salud fueran más eficientes y más accesiblemente económicos podríamos disminuir el 27% de procrastinación.

Cabe señalar que al calcular la prueba de hipótesis Xi Mantel y Hansel, solo fue significativa cuando la población tiene miedo, quizá en las otras variables no se observa significancia estadística debido al tamaño de muestra.

## DISCUSIÓN

El seguro popular surge para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de

las instituciones de seguridad social. Cabe señalar que entre 2010 y 2012, incremento la afiliación al Seguro Popular por lo que aumentó el porcentaje así como el número de personas con acceso a los servicios de salud. Sin embargo la población reporto que procrastinan en su salud principalmente por la falta de dinero; el tiempo de espera para ser atendido, la carencia de medicamentos, entre otros. Esto implica que el crecimiento en la demanda de los servicios originados por una mayor afiliación ha ocasionado una reducción en la calidad de los servicios de salud con respecto a tiempos de espera y provisión de medicamentos.

A pesar de que la carencia por acceso a servicios de salud ha disminuido, los indicadores sobre el acceso oportuno a la atención médica y el acceso efectivo a los servicios de salud no han tenido una variación similar y en especial en los de servicios de salud preventivos existe un gran porcentaje de la población que no los utiliza. Como es la detección y control de enfermedades crónicas, factores de riesgo como el sobrepeso y obesidad.

Al comparar nuestros resultados con los reportados en los indicadores de calidad de la atención en 2010 por tipos de afiliación, podremos observar que los motivos de porque no se atienden son algunos de los que reportaron de porque procrastinan en su salud, los que más se destacan son la falta de dinero, el tiempo que hay que esperar para ser atendido, los altos costos de atención, tratamiento insuficiente y caros y al sentirse mejor no creen necesaria continuar con la atención (ver cuadro IV).

**Cuadro 4.** Comparación entre los datos resultantes de esta investigación y los indicadores sobre calidad en los servicios de salud, por tipo de afiliación, datos de la CONEVAL 2014.

Indicador	Tipo de afiliación 2010					Resultados de esta investigación 2015
	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	No afiliados	Otro	
No tiene dinero	35.18	12.61	22.74	3.32	56.92	26
Hay que esperar mucho para ser atendido	20.80	7.43	14.31	9.16	47.90	27



Indicador	Tipo de afiliación 2010					Resultados de esta investigación 2015
	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	No afiliados	Otro	
No tuvo tiempo	4.50	13.92	27.09	16.10	96.12	50
Es muy caro	14.27	21.25	38.87	6.71	76.38	11
El tratamiento es caro.	15.92	13.25	20.87	11.27	70.61	9
No hubo quién lo llevara	2.27	21.20	43.41	14.27	81.54	5
No quiso o no era necesario	14.79	11.14	15.07	6.47	44.05	50

**Fuente:** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México DF. 2014; con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010 y la ENSANUT 2006 y 2012.

Cabe señalar que algunos de nuestros resultados son muy similares al Seguro Popular quizás esto, se puede deber a la creciente afiliación y demanda de los servicios de salud, lo cual originando problemas en la atención de salud reflejándose en la calidad de atención. Así mismo en el 2015, se observa que persisten problemas y estos van en aumento más con respecto al Seguro Popular.

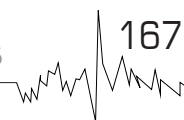
## CONCLUSIONES

La procrastinación en salud se debe en gran medida a la falta de calidad que perciben los individuos de la atención de los servicios, los cuales están relacionados con: problemas económicos, tiempo de espera, resolución de la enfermedad y accesibilidad al tratamiento.

La calidad en la atención debe ser basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos, con personal cualificado y con recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida, para aumentar las expectativas que tiene el paciente con respecto a la atención y evitar seguir procrastinando en "salud" con el propósito de aumentar la esperanza y en particular la calidad de vida.

Por lo que es necesario que el personal de enfermería realice estrategias de fomento en la educación

para la salud que trascienda a nivel teórico e informativo encaminadas a la toma de conciencia sobre la responsabilidad de desarrollar conductas saludables que tiendan a controlar o manejar los factores de riesgo modificables así como de su salud. El personal de enfermería toma un papel muy importante al ser este el primer contacto con la población quien informa y se comunica con ellos. Al explicar las enfermedades de una manera entendible y con alternativas para su mejoría dando confianza, con ello se disminuiría el miedo que tiene la población y se aumentaría la detección oportuna. En la promoción de la salud para los individuos y comunidades, se debe involucrar a estos para saber el proceso de salud enfermedad y que se tenga un mayor conocimiento para evitar procrastinar por no saber riesgos de la no atención.



## AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a las personas que de manera directa o indirecta me han ayudado en la realización de esta investigación. En especial a la M en C. Adela Alba Leonel por su asesoramiento, disciplina y apoyo en todo momento. Al Ingeniero Rubén Roa Ponce por la paciencia y comprensión, por los conocimientos que me han hecho crecer académica y personalmente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angarita BLD, Aproximación a un concepto actualizado de la procrastinación. *Rev. Iberoamericana de Psicología*. 2012; 5(2): 85-94
2. Sánchez J, Procrastinación 101. 2012. (Consultado el 14/08/15). Disponible en: <http://elgachupas.com>
3. Steel P, The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential Self-Regulatory failure. *Psychological Bulletin*. 2007; 133 (1): 65-94
4. Contreras PH, Mori QE, Lam FN, Gil GE, Hinojosa CW, Rojas BD et al. Procrastinación en el estudio: exploración del fenómeno en adolescentes escolarizados. *Rev. Perú, Epidemiolog*. 2011; 15 (3): 1-5
5. Sobalvarro CC, La toma de decisión y la procrastinación. Universidad de San Carlos de Guatemala. XXXII Congreso Internacional de Psicología. Guatemala, 2009. 1-17.
6. Gaceta de la Escuela de Medicina Justo Sierra; Comprendiendo la procrastinación. México. 2009, 1-14.
7. Sánchez HAM, Procrastinación académica un problema en la vida universitaria. *Studiositas*. Edo. México. 2010; 5 (2): 87-94
8. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). México. (Consultado el 23/09/15). Disponible en: <file:///D:/SEGURO%20POPULAR/SECRETARIA%20DE%20SALUD%20..PROLONGACI%F3N.html>.
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de aliados al Seguro Popular. México DF. 2014; 1-109



# CARACTERÍSTICAS DE LA PRUEBA PILOTO: REVISIÓN DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN ENFERMERÍA

CHARACTERISTICS OF THE PILOT TEST: A REVIEW OF ARTICLES PUBLISHED IN NURSING

Recibido septiembre 2015  
Aceptado noviembre 2015

**Correspondencia:**

Erick Landeros Olvera  
erick\_landeros@hotmail.com  
nursingresearch@outlook.com

**Autores:**

Erika Abeille Mora

*Estudiante de la Licenciatura en Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Ana Amelia Soto Carrasco

*Estudiante de la Licenciatura en Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Vivian Paola Muñoz Muñoz

*Estudiante de la Licenciatura en Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Reina Sánchez Salinas

*Estudiante de la Licenciatura en Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Saudi Carrera Huerta

*Estudiante de la Licenciatura en Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)*

Erika Pérez Noriega

*Maestra en Ciencias de Enfermería. Miembro del Cuerpo Académico de Enfermería Clínica (BUAP)*

Erick Landeros Olvera

*Doctor en Ciencias de Enfermería. Miembro del Cuerpo Académico de Enfermería Clínica (BUAP)*

Palabras clave: Prueba piloto, validez y confiabilidad

Key words: Pilot-test, validity and reliability



## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer y describir las características de las pruebas piloto que se mencionan en los artículos de investigación en enfermería publicados en un periodo de tres años en un grupo de revistas indizadas.

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra correspondió a 271 artículos de investigación, fueron seleccionados 42. Se elaboró un instrumento de 18 ítems; sometido al análisis de expertos y piloteado previo a la revisión final para valorar características de los artículos publicados en cuatro revistas Latinoamericanas.

**Resultados:** El 15.7% indicaron haber realizado el pilotaje previo y el resto no menciona prueba piloto. Con respecto a las investigaciones que utilizaron procedimientos técnicos, solo el 45% mencionó capacitación previa de los aplicadores.

**Discusión:** Identificar previamente que el instrumento es confuso para el sujeto de investigación puede ayudar a que éste pueda ser modificado antes de ser aplicado a una muestra final, y así disminuir el error susceptible.

**Conclusión:** Sin el reporte de haber realizado previamente una PP, la veracidad y confiabilidad de los instrumentos psicométricos y de los procedimientos técnicos de una investigación disminuyen.

**Palabras clave:** prueba piloto, validez y confiabilidad.

## ABSTRAC

**Objective.** To know and describe the characteristics of pilot-tests mentioned in nursing research papers published within a three year period in a group of indexed journals.

**Method.** Descriptive, retrospective and transversal study, with a 271 research articles sample, they were selected 42. An 18-items instrument was elaborated and submitted to experts analysis and then pilot-tested previous to the final review, aiming to evaluate the characteristics of the articles published in four Latin-American journals.

**Results.** 15.7% indicated a previous pilot-testing, and the rest did not mention a pilot-test. Regarding researches that used technical procedures, only 45% mentioned previous training for those in charge of application.

**Discussion.** Identifying previously that the instrument is confusing for the research subject might help in modifying it before it can be applied on a final sample, decreasing, thus, the susceptible error.

**Conclusion.** Without reporting the previous PT application, the research psychometric instruments and technical procedures reliability and truthfulness decrease.

**Key words:** Pilot-test, validity and reliability.





## INTRODUCCIÓN

La prueba piloto (PP) es parte de la metodología de investigación que sirve para realizar aproximaciones reales de los proyectos de investigación antes de establecer la prueba final.

Para que un trabajo formalice la recolección de sus datos, debe de tener como antecedente haber realizado una PP; esto contribuye a mejorar la validez y confiabilidad de los procedimientos. Sin embargo, se ha informado que el 69.6% de los manuscritos originales publicados de enfermería no reportan haber aplicado una PP previa a los datos publicados<sup>1</sup>. Dicha situación debería considerarse, si la mayoría de las publicaciones con diseños e instrumentos que ameritan la PP, omitieron mencionarla o simplemente no la utilizaron, entonces, es posible que el uso de instrumentos y el entrenamiento de los co-investigadores no fue el adecuado o simplemente no se llevó a cabo; en cualquiera de los casos, para los trabajos de investigación que requieren PP de acuerdo a su diseño y objetivo, es necesario detallar las características con las cuales se llevó a cabo y así contribuir a la garantía de una evidencia de resultados confiable.<sup>2,3,4</sup>

El objetivo de una PP como simulacro previo a la investigación final, es contribuir a disminuir los posibles sesgos y errores en la obtención de los datos que pueden orientar a mejorar la metodología previamente planteada. Las principales funciones de una PP son: conocer si los procedimientos para la obtención de los datos plateada en la metodología son pertinentes y factibles, conocer la validez previa de los instrumentos y proporcionar entrenamiento a los facilitadores de las intervenciones. Estas características se explican a continuación:

Los procedimientos para la obtención de los datos requieren de la disponibilidad de los recursos necesarios y previamente se requiere aplicarlos en una población similar al de la muestra final o con características ideales para aproximarse a conocer

los posibles problemas que pudieran plantearse en la prueba final, así poder realizar las adecuaciones pertinentes para mejorar la factibilidad del estudio.

De la misma forma se prueba la funcionabilidad, veracidad y fiabilidad de los instrumentos, análisis de los datos y la viabilidad del proyecto de investigación<sup>5</sup>.

Independientemente de la consistencia estadística, la validez de los instrumentos depende de varios factores: Por una parte, con la PP se puede evaluar la idoneidad del plan o cuestionario utilizado para la obtención de los datos y determinar la calidad de la tarea del encuestador. Por otra parte, la PP sirve para identificar a través del encuestado o sujeto de investigación si los instrumentos de medición -en el caso de los psicométricos-, fueron largos, cortos, complejos, ambiguos o confusos y de esta forma determinar la factibilidad de aplicación o validez interna<sup>6</sup>. En otras palabras, la PP verifica si los sujetos de investigación comprenden el instrumento, si los ítems o preguntas son verdaderamente suficientes y claros, además de que se tiene oportunidad de evaluar la congruencia del lenguaje, redacción o adaptación cultural (si fuera necesario). Estas ventajas de aplicar PP, proporciona al investigador, elementos para realizar algunas modificaciones antes de realizar el muestreo a escala completa<sup>7</sup>. Sin embargo, la PP no puede ser aplicada a la misma población, es decir, no puede aplicarse en el mismo centro, comunidad, hospital o escuela donde se realizará la recolección final de los datos, no obstante, existen sus excepciones, cuando las poblaciones no son cautivas o previamente conocidas; por ejemplo, cuando se realiza la prueba en pacientes hospitalizados o de una consulta externa que continuamente son rotados o dados de alta.

En el mismo orden de ideas, una de las funciones primordiales de la PP es para dar entrenamiento a los facilitadores de la intervención (colaboradores de la investigación) en los procedimientos técnicos. Para la disciplina de enfermería es muy común obtener indicadores biológicos elementales como



presión arterial, circunferencia de cintura, obtención de muestras de sangre o alguna otra prueba de clínica o de laboratorio. Este tipo de indicadores, deben de estar sujetas a normas o procedimientos reglamentados que los facilitadores (investigadores) deben de conocer y llevar a cabo con un entrenamiento previo (lo que es parte de una PP).

Durante el entrenamiento a los facilitadores, es necesario que participen todos los colaboradores del proyecto con el objetivo de instruir en el terreno a los diferentes actores que participarán en la selección e inducción de los recolectores de información, la supervisión de la recolección, unificar los procedimientos, recomendaciones técnicas, apoyo logístico<sup>8</sup> e inclusive realizar un análisis preliminar de los datos de la PP, para agilizar la producción de los informes científicos.

Con respecto a la comunicación que se establece con los sujetos de investigación o la interacción social, la PP otorga elementos para sensibilizar a los que hacen la intervención con respecto al trato y la estandarización de la información que se comunica. Por ejemplo, la forma en solicitar el consentimiento informado o su permiso para poder realizar los procedimientos, ganarse la confianza, garantizar el anonimato de la información personal, aclarar que el protocolo ha sido evaluado previamente por un comité de ética, entre otras cosas. En una PP los investigadores tienen la oportunidad de establecer un vínculo de confianza y poder contestar dudas respecto a los procedimientos durante la aplicación de las pruebas, informar el propósito de estudio, personas o instituciones que lo patrocinan, encargado del proyecto y convocar a reuniones antes y después de las encuestas, para hacer sugerencias y responder inquietudes sobre el instrumento o procedimientos técnicos.

Finalmente, uno de los aspectos que más genera polémica: ¿cuántos sujetos se requieren para realizar una PP? De acuerdo García-García, Reding-Bernal y López-Alvarenga<sup>9</sup>, el tamaño de muestra para

estudios piloto se recomienda incluir entre 30 y 50 participantes, los cuales deben poseer los atributos que se desean medir en la población objetivo, esta cantidad sería suficiente para obtener una curva de normalidad en el caso de variables continuas o de razón. Si se tomara en cuenta el número de ítems del instrumento psicométrico, por ejemplo, de 20 ítems, la muestra final podría corresponder a 200 sujetos, la PP se realizaría entre 30 y 60 sujetos que corresponde a un 15-30%, con lo que se podría correr estadísticos paramétricos.

En otro tipo de diseños, por ejemplo en los ensayos clínicos aleatorios controlados (ECAC), el número de sujetos de la PP puede variar de acuerdo al tamaño de la muestra calculada. En medicina, es común que el ECAC se utiliza para probar acciones terapéuticas o farmacológicas<sup>10</sup>, aquí el tamaño de la muestra se calcula al conocer otros indicadores, por ejemplo la prevalencia de la enfermedad estudiada,<sup>11,12</sup> sin embargo en una revisión de ensayos clínicos publicados en revistas de alto impacto en un solo año, solo el 33% justifican el tamaño de la muestra<sup>13</sup>, es posible que los tamaños de muestras sean fijos<sup>9</sup> y el investigador determina por consecuencia el tamaño de la muestra de la PP sin justificación aparente. Independientemente del método con el que se haya calculado la muestra (coeficiente de relación intraclase, análisis de poder, tamaño de efecto, significancia estadística, población finita)<sup>9,14</sup>. La referencia clásica de enfermería de Galvez Toro<sup>15</sup>, indica que en una ECA con un tamaño de efecto pequeño es aquel que oscila entre 11 y 100 sujetos, por lo tanto, podemos considerar que las muestras pilotos podrían aplicarse alrededor de 3 y 30 sujetos de acuerdo a los criterios anteriormente expuestos<sup>9</sup>.

Sin embargo, debemos puntualizar que no existe una reglamentación al respecto, por lo tanto, debemos aclarar que, aplicar una PP y determinar el tamaño de la muestra, depende del diseño de investigación y del objetivo que se esté buscando, en otras palabras, si el tipo de estudio requiriera de una PP, el número de integrantes para aplicarla dependerá de la metodología<sup>16, 17</sup>.



En el caso de las publicaciones científicas de enfermería, han pasado por un proceso de evaluación o arbitraje editorial, el cual dictamina, entre otros aspectos si el método fue adecuado. Si se requiere o no de una PP, lo ideal es que debió reportarse en la metodología, previo a la recolección de final de los datos y detallarse las condiciones y las adecuaciones al método como resultado de la misma. En la literatura, no se ha hecho evidente si en las investigaciones se clarifica las condiciones de la PP y el entrenamiento de los facilitadores de la intervención o encuestadores si es que el diseño lo permitiera. Entonces, bajo esta premisa y con el marco de referencia que establece respecto a las características que debe de tener la PP, surge el siguiente objetivo: Conocer y describir las características de las pruebas piloto que se mencionan en los artículos de investigación en enfermería publicados en un periodo de tres años en un grupo de revistas indizadas.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron cuatro revistas latinoamericanas de enfermería indizadas en SciELO, CUIDEN, Lilacs, Scopus-Elsevier. Las revistas seleccionadas fueron: Enfermería Universitaria, Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cultura del Cuidado de la Universidad Libre Seccional de Pereira y Aquichan de la Universidad de la Sabana. Las publicaciones corresponden desde el segundo semestre del año 2009 al segundo semestre del 2014. Como criterios de selección de la revista, se consideraron que estuvieran indizadas en base de datos internacionales y reconocidas, con publicación ininterrumpida desde el año 2009. Se consideró solamente la sección de investigación correspondiente de cada revista (artículos originales y artículos de investigación).

La muestra correspondió a 271 artículos de investigación publicados, de los cuales fueron seleccionados 42 artículos, dado que dentro de su diseño se menciona la PP. Se excluyeron aquellos artículos

presentados en secciones diferentes (editoriales, sección docencia, práctica profesional, artículos de información académica, clínica y cualitativos, así como procesos de atención de enfermería entre otros).

Antes de proceder al análisis de los artículos, los colaboradores recibieron un entrenamiento en metodología de la investigación de 70 horas. Durante el entrenamiento se elaboró un instrumento para identificar las características de la PP de los artículos, el cual fue sometido al análisis de expertos y previamente piloteado en el análisis de artículos publicados de una revista de circulación nacional, indizada y diferente a las seleccionadas para la conformar la muestra final. El instrumento consta de 18 ítems, los cuales describen las características generales del artículo como las principales temáticas de investigación, marco teórico, diseños, el grado académico e institución de procedencia del primer autor; colaboración con otras disciplinas. Se enfatizó en la sección de metodología, todo lo que pudiera estar redactado haciendo alusión de prueba piloto: validación previa de instrumentos, entrenamientos de encuestadores o facilitadores de intervención, población entre otros aspectos; así como utilización de instrumentos psicométricos. También se consideró identificar la utilización de normas o reglamentos establecidos en el caso de haber usado procedimientos técnicos.

La revisión de los artículos la llevó a cabo un grupo de investigación conformado por estudiantes de Licenciatura en Enfermería generación 2010-2014, bajo la tutela de dos profesores investigadores. Para el análisis de los artículos, se conformaron 3 equipos. Al finalizar la primera revisión, se rotaron los artículos entre los equipos para que fueran objeto de una segunda revisión (cotejo de datos) y de esa manera disminuir el sesgo. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva a través del programa SPSS versión 20. Este trabajo fue registrado en la coordinación de investigación de pregrado de Enfermería de la BUAP con el número de registro 099/100.



## RESULTADOS

La producción de artículos publicados por año, a partir del segundo semestre del año 2009 al segundo semestre del 2014 fueron 271 trabajos de investigación. Los resultados respecto a las características generales fueron los siguientes: De los artículos revisados en las secciones de investigación, el 42.1% son de carácter clínico, el 19.8% son de educación para la salud y el resto son de temáticas de enfermería familiar, comunitaria, administración y otros.

Los resultados respecto a las características de los artículos que reportaron PP fueron los siguientes: El 15.7% (42 de 271 artículos), indicaron haber realizado PP. De éstos que la mencionan, el 74% (31 de 42), indicaron haber piloteado instrumentos psicométricos. Sin embargo, 55% (23 de 42) de los estudios que reportaron PP del instrumento psicométrico y que además requirieron utilizar procedimientos técnicos (datos clínicos, antropometría y obtención de muestras sanguíneas), no es claro si se estandarizaron bajo una norma o reglamentación con la cual se haya capacitado a los investigadores.

Se identificó que el 93% (39 de 42 artículos) que realizaron PP, no consideraron cambios metodológicos en los procedimientos para la recolección final de los datos. Del total de artículos que mencionaron haber realizado PP, el 86% (36 de 42) no mencionó en qué tipo de población se realizó, no es claro si la PP se realizó en una muestra con características similares a la muestra final o en el mismo lugar de la prueba final. Finalmente, el 48% (20 de 42) no mencionó el número de sujetos que conformaron la muestra piloto.

## DISCUSIÓN

Cuando un instrumento psicométrico es confuso para el sujeto de investigación puede deberse a la redacción de las preguntas o afirmaciones, o bien no es adecuado al contexto sociocultural educativo de éste. Identificar previamente esta situación puede ayudar a que los instrumentos

puedan ser modificados antes de ser aplicados a una muestra final, así, disminuir el error susceptible y el error tipo III, que se derivan de fallos en la intervención o aplicación de los instrumentos, e inclusive del análisis estadístico<sup>18,19</sup>.

El presente trabajo de investigación pretendió dar a conocer y describir la aplicación de la PP que se mencionan en los artículos de investigación publicados en las revistas de enfermería en un periodo de tres años. Se analizaron 271 artículos en la sección de investigación de 4 principales revistas de enfermería Latinoamericanas, de los cuales fueron 42 artículos que mencionaron aplicar la PP. Los principales hallazgos en las características generales fueron las siguientes:

a) Los temas clínicos y de educación para la salud son los que más se publican.

Estos hallazgos son congruentes con el reporte de García et al.<sup>1</sup>, quienes indicaron que los temas de investigación más publicados en enfermería son los clínicos, lo cual se relaciona ampliamente con los resultados encontrados en nuestra investigación, la tendencia no es diferente.

b) Gran parte de los estudios analizados no mostraron haber realizado pilotaje previo de los instrumentos psicométricos empleados, al parecer se da por hecho que no es necesario, pues se encuentran referencias de la validación previa de dichos instrumentos, sin considerar que existen otros factores que pueden disminuir la validez de un instrumento y no solo desde el punto de vista estadístico.

c) De los artículos analizados; gran parte de los que utilizaron procedimientos técnicos, no mencionan el procedimiento para la estandarización o la normatividad que los guió para recolectar los datos correspondientes. Es posible que la preparación se tenga de formación o sí se haya considerado estandarizar los procedimientos, pero al no mencionarlos queda poco claro la forma en que se procedió para la recolección de los datos clínicos, de laboratorio y antropométricos principalmente.



d) De los artículos que realizaron PP, un escaso porcentaje requirió considerar cambios metodológicos en los procedimientos, situación que apoya para mejorar o garantizar la recolección de los datos final y contribuir a disminuir el sesgo.

e) Con base en los resultados encontrados, nos permite identificar que la PP -al parecer-, no fue aplicada a una muestra con características similares a la muestra final, esto no es concluyente, pues el dato se pudo omitir en la publicación, pero es posible que las investigaciones se hayan editado a pesar de los sesgos.

f) De los artículos que mencionan la utilización de la PP, solo 20 señalan cuántos sujetos formaron parte de dicha prueba. No clarifican el proceso para decidir el tamaño de la muestra piloto, situación que era de esperarse dado que la revisión de la literatura en estudios similares, indican que no se redacta la justificación del cálculo de la muestra<sup>13</sup>.

## CONCLUSIONES

Los artículos que de acuerdo a su diseño requirieron de una prueba piloto, no expresan claramente las condiciones de su aplicación, entrenamiento, tamaño de muestra y población seleccionada; posiblemente omiten mencionarla. El reporte de estos hallazgos no es concluyente, pero representa una aproximación a los reportes de la enfermería latinoamericana, donde se puede observar que aún existen deficiencias que indican un pobre rigor metodológico en los trabajos de investigación publicados.

## AGRADECIMIENTO

A las seis alumnas del quinto cuatrimestre la sección 01 de la Licenciatura de la FE-BUAP generación 2010-2014, quienes por consenso aleatorio y consentimiento firmado no están como co-autores de esta publicación. Carreón-Muñoz María Fernanda, López Cuellar Irma, Martínez Sánchez Johana Beatriz, Padilla Pérez Lourdes Margarita, Rodríguez González Laura y Zaragoza Sánchez Gabriela.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Rodríguez M, Gómez Ávila M, Aguilar-Pérez I, Pérez-Martínez G, Velázquez-Díaz L, Soriano Sotomayor M, Landeros-Olvera E. Tendencias y características de la investigación en enfermería publicada en México. *Rev Enf Uni*. 2011; 8(1): 7-16.
2. National Library of Medicine. Citing medicine: the NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (Internet). 2nd ed. 2007. (Citado enero 2016). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>
3. Foster RL. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses. *J Spec Ped Nur*. 2011; 17:1f2.
4. Cobos-Carbó A, Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med Clin*. 2011;137(5):213f215.
5. Polit D, Tatano B. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins source publications; 2012. 236 p.
6. Muñiz J, Elisva P, Hambleton R. Directrices para la traducción y adaptación de los test. *Psico*. 2013; 25(2): 151-157
7. García G, Jiménez P, Arnaud V, Ramírez T, Lino P. *Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la salud*. 1ra Ed. México: McGraw-Hill; 2011. 50 p.
8. Ordoñez NS, Bustamante GM, Anzizar JG. Programa de apoyo a la reforma de salud crédito bid 910/oc-co (Internet). Colombia: informe de los hallazgos Técnicos en la Prueba Piloto. (Citado en enero 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Informe%20final%20piloto.pdf>
9. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2013; 2(8):217-224.
10. Llor C, Moragas A. Dificultades de selección en los ensayos clínicos en atención primaria. Cuando no se llega al tamaño muestral. *Aten Primaria*. 2013;45(2):71-73
11. M. Miravittles, J.J. Soler-Cataluña, M. Calle, J. Molina, P. Almagro, J.A. Quintano, et al. Spanish COPD guidelines (GesEPOC). *Pharmacological treatment of stable COPD*. *Arch Bronconeumol*. 2012; 48: 247f257
12. Vanegas ID, Zuluaga GM, Donado Gómez JH. Diferencias entre las características basales de los pacientes en los ensayos clínicos, según el tamaño de la muestra. Un estudio metaepidemiológico. *Medicina u.p.b*. 2013; 32(1): 30-36
13. Silva AL, Galbánb PA. Explicación del tamaño muestral empleado: una exigencia irracional de las revistas biomédicas. *Gac Sanit*. 2013;27(1):53f57
14. Piaggio G, Elbourne DR, Stuart JP, Stephen JW, Douglas GA. Reporting of Noninferiority and Equivalence Randomized Trials Extension of the CONSORT 2010 Statement. *JAMA*. 2012;308(24):2594-2604
15. Gálvez Toro A. *Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados*. Fundación Index. 2ª Ed. Granada; 2007. 179 p.
16. Grove, Burns, Gray. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2013.523 p.
17. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la Investigación*. 6th Ed. México: McGraw-Hill/ Interamericana; 2014. 415 p.
18. Mackey A, Gass SM. *Second Language Research, Methodology and Design*. 2th Ed. New York and London: Routledge; 2016.52 p.
19. Sidani S, Braden CJ. *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. 1th. Iowa: Wilwy-Blacwell; 2011. 56 p.

