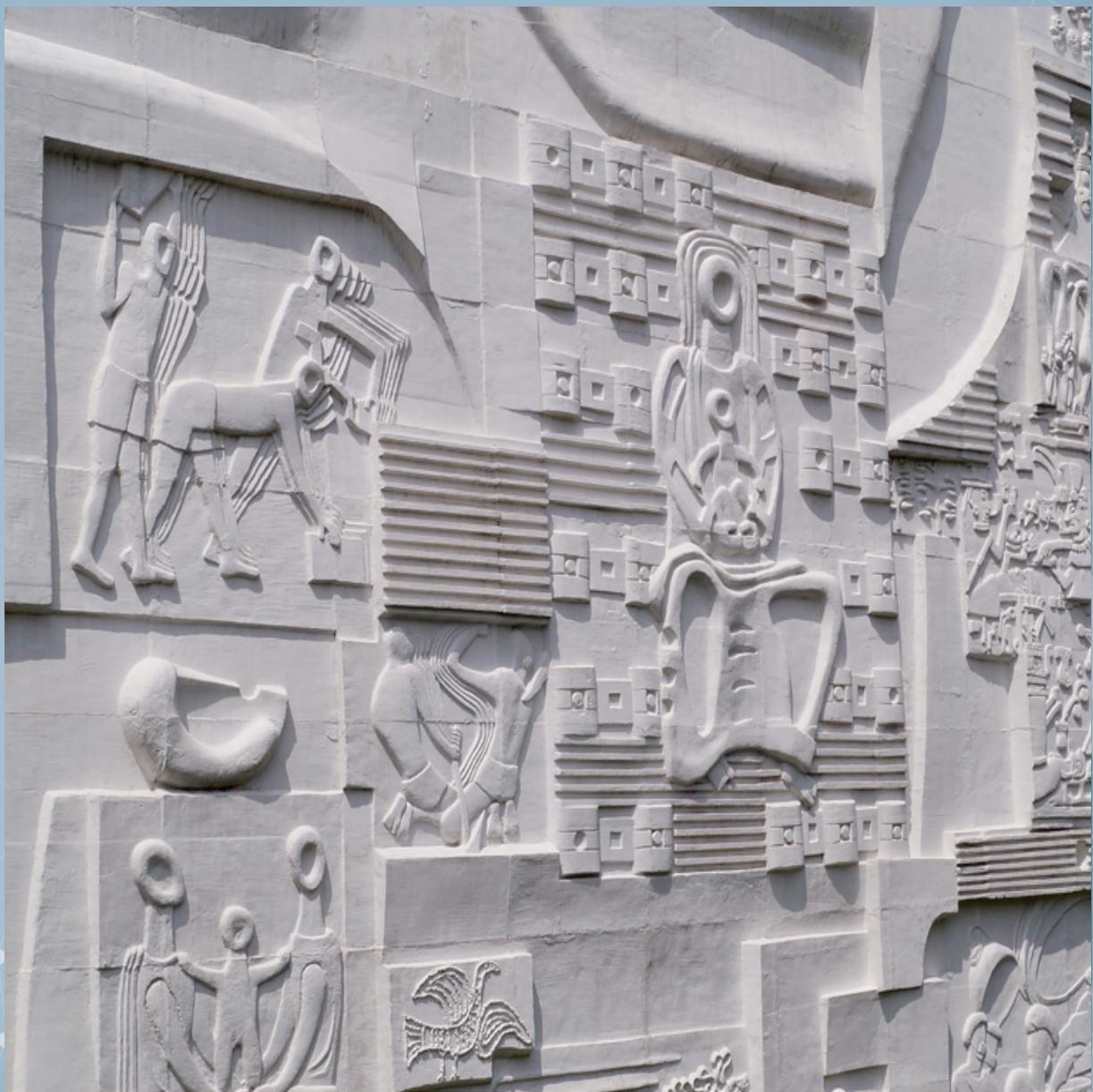


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



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

mayo - agosto 2018

Vol. 17
N.2

Revista de Enfermería Neurológica

Presidente emérito	Dr. Julio Sotelo Morales
Fundadora de la revista	Lic. Hortensia Loza Vidal
Directora Ejecutiva	Mtra. E. Patricia Zamora Ruiz
Editora	Mtra. Gloria Ortiz López
Editores asociados	Dr. Miguel Ángel Celis López
Consejo editorial	Dr. Adolfo Leyva Rendón Dr. Pablo León Ortiz Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Tecnología de la información	MTI. Manuel Iván Castro Méndez
Traductore	Alejandro Belmont Molina

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Revista de Enfermería Neurológica (México) 2018

Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia su publicación en enero del año 2002. 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. Angelica 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 Ext. 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 del titular por escrito. 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 de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-120917534200-203 para Enfermería Neurológica en Línea ISSN L "En trámite". Todos los derechos reservados 2014. Esta página puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando no se mutile, se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.revenferneurolinea.org.mx/>. De otra forma requiere permiso previo por escrito de la institución. coord.inv.enf@innn.edu.mx; revenf.neurol@gmail.com

Diseñada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez en la Coordinación de Investigación en Enfermería
Indizada en CUIDEN, LILACS Y BVS Enfermería Regional

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

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
MEE. Ma. Guadalupe Nava Galán
M. en C. Belinda de la Peña León

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 Nebot 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

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

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

Mtra. Adela Alba Leonel

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dra. María Luisa Leal García

Universidad de Querétaro

Dra. Ma. Belén Fernández Fuentes

Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

Dra. Martha Ranauro García

Universidad de San Luis Potosí

Mtra. Beatriz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. María Teresa Rojas Rodríguez

Universidad Nacional del Estado de México

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Ernesto Roldan Gómez

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Panamericana

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Internacional

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

Monica Isabel Hanna Lavalle

Universidad de Cordova Colombia

Mag. Rossana Tessa

Profesor adjunto/ Facultad de Enfermería. Universidad Católica del Uruguay

Dra. María Clara Quintero Laverde

Universidad de la Sabana, Colombia

Dra. Rafaela Camacho Bejarano

Universidad de Huelva, España

Mtra. Anabel Sarduy Lugo

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

Mtra. Mirelys Sarduy Lugo

Sociedad Cubana de Enfermería en Villa Clara Cuba

Contents Contenido

ORIGINAL ARTICLE
ARTÍCULO ORIGINAL

Experience of emotions in a male mexican with diabetes mellitus

Experiencia de las emociones en un hombre mexicano con diabetes mellitus

Dulce Elena Castillo-Villegas, Rosa María Ostigúin-Meléndez

3-10

School factors and student academic performance of nursing

Factores escolares y rendimiento académico de estudiantes universitarios de enfermería

Diana Patricia Jaramillo-Pérez, Juan Pineda-Olvera, Ana María Lara-Barrón

11-22

Spiritual experiences of the elderly in a day hospital of the almenara network, in Lima, Perú

Vivencias espirituales del adulto mayor en un hospital de día de la red almenara, en Lima, Perú

Norma Zoila Córdova-Sotelo, Judith León-Rivera, Rosa Herrera-Álvarez, Carmen Cisneros-Espinar, María Quispe-Barragán, Lasty Balseiro-Almario

23-31

Family function and depression in adults seniors in a health institution of Ciudad Victoria

Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria

Guadalupe L. Rodríguez-Tovar, Ma. Ramona Medrano-Martínez, Rosa I. Castro-García, Patricia Rivera-Vázquez

33-41

REVIEW ARTICLE
ARTÍCULO DE REVISIÓN

Neuropsychological disorders and higher executive functions in teens of parents with alcoholism, seen from the Roy adaptation model

Alteraciones neuropsicológicas y funciones ejecutivas superiores en adolescentes de padres con alcoholismo, vistos desde el modelo de adaptación de Roy

Jorge Emmanuel Mejía-Benavides, María de Lourdes García- Campos, Vicente Beltrán-Campos

43-51

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Experience of emotions in a male mexican with diabetes mellitus

Experiencia de las emociones en un hombre mexicano con diabetes mellitus

Dulce Elena Castillo Villegas,^{1*} Rosa María Ostiguín Meléndez.¹

Abstract

Introduction: noncommunicable diseases (NCDs) are a challenge, but diabetes mellitus (DM) has first place because of its effects on the person. Although it has been investigated, there is a gap regarding the perspective of men, who show resistance to acceptance and seeking assistance, facilitating complications and comorbidities, which causes a range of emotions.

Objective: describe the experience of the emotions of a Mexican man with DM2 around glucose control.

Material and methods: qualitative exploratory study with focus in a life history approach in a man with more than 10 years of suffering from DM2 and stable blood glucose. The information was collected through in-depth interviews, direct observation and field notes. Data were processed by thematic analysis.

Results: the experience of emotions in a man with DM2 transits as duality: sadness-happiness, a phenomenon that is recognized from the cause-effect relationship, between the ideas: diabetes as the cause of sadness and happiness in the face of disease control, giving Two impressions: living with the disease as support and the power of diabetes to “regulate happiness.”

Conclusions: the emotions in a Mexican man with DM2 in glucose control are contrasted: negative such as sadness cause a detachment of care in DM; However, positive such as happiness favor success in glycemic control, through a search for strategies.

Keywords: diabetes mellitus type 2, events that changed life, emotions, men’s health.

Citación: Castillo-Villegas D. E., Ostiguín-Meléndez R. M. *Experiencia de las emociones en un hombre mexicano con diabetes mellitus*. Rev Enfer Neurol 2018;17(2):pp 3-10.

*Correspondencia: Dulce Elena Castillo Villegas.
Correo electrónico: dulcelena.cv@gmail.com

¹ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

Recibido: 12 de mayo de 2018

Aceptado: 20 de julio de 2018



Resumen

Introducción: las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen un reto, pero la diabetes mellitus (DM) tiene el primer lugar por sus efectos en la persona. A pesar de que se ha investigado, existe un vacío respecto a la perspectiva de los hombres, quienes muestran resistencia a la aceptación y búsqueda de asistencia facilitando complicaciones y co-morbilidades, lo que ocasiona una gama de emociones.

Objetivo: describir la experiencia de las emociones de un hombre mexicano con DM2 en torno al control de la glucosa.

Material y métodos: estudio cualitativo exploratorio con enfoque de historia de vida en un hombre con más de 10 años de padecer DM2 y glicemias estables. La recolección de información fue mediante entrevistas a profundidad, observación directa y notas de campo. Los datos fueron procesados por análisis temático.

Resultados: la experiencia de emociones en un varón con DM2 transita como dualidad: tristeza-felicidad, fenómeno que se reconoce desde la relación causa-efecto, entre las ideas: la diabetes como causa de tristeza y la felicidad ante el control de la enfermedad, que abren paso a dos impresiones: la convivencia con la enfermedad como apoyo y el poder de la diabetes para “regular la felicidad”.

Conclusiones: las emociones en un hombre mexicano con DM2 en el control de la glucosa son contrapuestas: las negativas como la tristeza provocan un desapego de los cuidados en la DM; no obstante, aquellas positivas como la felicidad favorecen el éxito en el control glicémico, mediante una búsqueda de estrategias.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, acontecimientos que cambian la vida, emociones, salud del hombre.

Introducción

La DM ha tomado relevancia a nivel mundial en los últimos años por sus efectos en la persona, familia y sociedad, gracias a la comorbilidad y complicaciones que le acompañan. Reportes de investigación dan cuenta que el género hace la diferencia en la forma de afrontamiento y aceptación de esta enfermedad, del control de la glucosa y prevención de complicaciones. Estos aspectos han sido poco estudiados en los hombres y menos aún con un enfoque emocional, el cual es de

gran influencia en el comportamiento, interés y motivación hacia los cuidados pertinentes para mantener niveles glicémicos estables.

Aproximarse al fenómeno desde la subjetividad de los actores varones resulta relevante para el sector salud en tanto que este enfoque ofrece referentes para la intervención de las profesiones implicadas en el cuidado a la persona con diabetes en cuanto al entendimiento de los sentimientos del paciente. Se plantea como objetivo explorar la

experiencia de emociones de un hombre adulto mexicano con DM2 controlada, en el ánimo de ofrecer algún referente desde la perspectiva de la persona, el presente estudio refleja resultados parciales del estudio “Experiencia en torno al control de la glucosa en un hombre adulto con diabetes mellitus”, como parte del proyecto “Dinámicas familiares y cronicidad: experiencias exitosas para el control de la glucosa en personas con DM2”. Así, el desarrollo de la investigación se planteó desde el paradigma cualitativo de corte exploratorio con enfoque de historia de vida. El marco teórico que recupera y conduce la investigación es el concepto de experiencia de Hume, quien la reconoce como percepciones compuestas por impresiones e ideas, donde aquellas experiencias pasadas abrirán paso a costumbres o hábitos, razón por la cual permitió reconocer aquellas estrategias generadas para el control glicémico a partir de la cotidianidad.

Material y métodos

Estudio cualitativo exploratorio dirigido a la aproximación del fenómeno de la experiencia de un varón con DM, con el fin de hacerlo más explícito y conocerlo tal como se presentaba, además de recuperar los significados y el contexto donde se insertó¹ el tema del control de la glucosa; con enfoque de historia de vida como método, permitiendo conocer lo cotidiano, las prácticas de vida dejadas de lado o ignoradas por las miradas dominantes, remarcando los aspectos más importantes.²

Para esta investigación se seleccionó un sujeto masculino de 52 años, con diabetes mellitus de 19 años de evolución, casado, su núcleo familiar está conformado por su esposa de 46 años con DM2 desde hace 2 años y tres hijas de 22, 20 y 16 años.

Con escolaridad máxima de secundaria, empleado de una gasolinera (despachador), con glicemias estables desde el año previo a la investigación.

Originario del Estado de Hidalgo, de un pueblo rural en donde se tiene una gastronomía tradicional basada en leguminosas (frijol y maíz), además de vegetales en un 85% y en un 15% en carnes rojas y blancas. El informante vivió en ese poblado hasta los 23 años, en donde las principales actividades que desempeñaba eran la agricultura y el comercio de los productos del campo cosechados, a los 23 años migra solo a la Ciudad de México, estableciendo su residencia en Xochimilco, Ciudad de México en donde tiene viviendo 29 años. Cuenta como antecedentes familiares, padre finado hace 12 años por complicaciones de la DM2 y cuatro de seis hermanos vivos con la misma enfermedad.

El sitio de trabajo del informante es una gasolinera, la cual se encuentra ubicada en Tacubaya, en la Ciudad de México, con características urbanas, ambiente acelerado y ruidoso, en donde el comercio juega un papel importante; cumple con todos los lineamientos establecidos por protección civil y consta de cinco bombas despachadoras de gasolina, dos sanitarios uno para mujeres y otro para varones usado por clientes y trabajadores, también cuenta con cuarto de máquinas usado como vestidor, en la parte superior se encuentra la oficina de control. El ambiente laboral es tenso, y se observa una constante actividad, así como se percibe un olor a gasolina y thinner.

El estudio se llevó a cabo en el poblado de Santiago Tulyehualco, delegación Xochimilco, al oriente de la Ciudad de México, se caracteriza por ser un pueblo chinampero. El informante habita en una vivienda de tipo urbano de concreto, construida en 113 m² aproximadamente, conformada de cocina-comedor, sala, un baño

completo y tres recámaras, cuenta con todos los servicios públicos (luz, drenaje y agua potable); hay presencia de animales: perros, gatos y aves; la calle en donde se encuentra ubicada esta pavimentada con alumbrado, el entorno es pacífico. A los alrededores se tiene acceso a dos parques de recreación, dos gasolineras, mercados, un centro deportivo, escuelas de nivel básico y medio superior, así como tiendas comerciales y de autoservicio. Las entrevistas realizadas se llevaron a cabo en la casa del informante, sin la presencia de distractores en una habitación iluminada y ventilada que permitió un encuentro cara a cara.

La recolección se inició con la identificación, después con el sujeto, pues se obtuvo su aceptación para dicho estudio. Se optó como primera técnica de recolección de información las entrevistas a profundidad, con la finalidad de conocer la opinión y perspectiva del sujeto,³ se realizaron 6 durante el periodo de septiembre 2017 y febrero 2018 en la casa del informante; como segunda, la observación directa para permitir someter a comprobaciones de fiabilidad y validez⁴ documentada a través de notas de campo.

Se realizó un análisis de tipo temático, se llevó a cabo a partir de la propuesta de De Souza Minayo,⁵ en tres etapas: en el preanálisis donde los investigadores se cuestionaron sobre las relaciones entre temáticas iniciales para con ello elaborar un corpus inicial. En la segunda etapa, exploración del material: se comenzó con la operación clasificatoria, se realizó una reducción de texto a palabras o expresiones significativas. Se prosiguió con la clasificación y agregación de los datos que implicó la realización de aproximadamente 7 matrices; en la última etapa, los resultados brutos se sometieron a una evaluación para ello se realizó una apropiación de las inferencias e interpretaciones desde los discursos, las notas de campo y la observación; de forma simultánea,

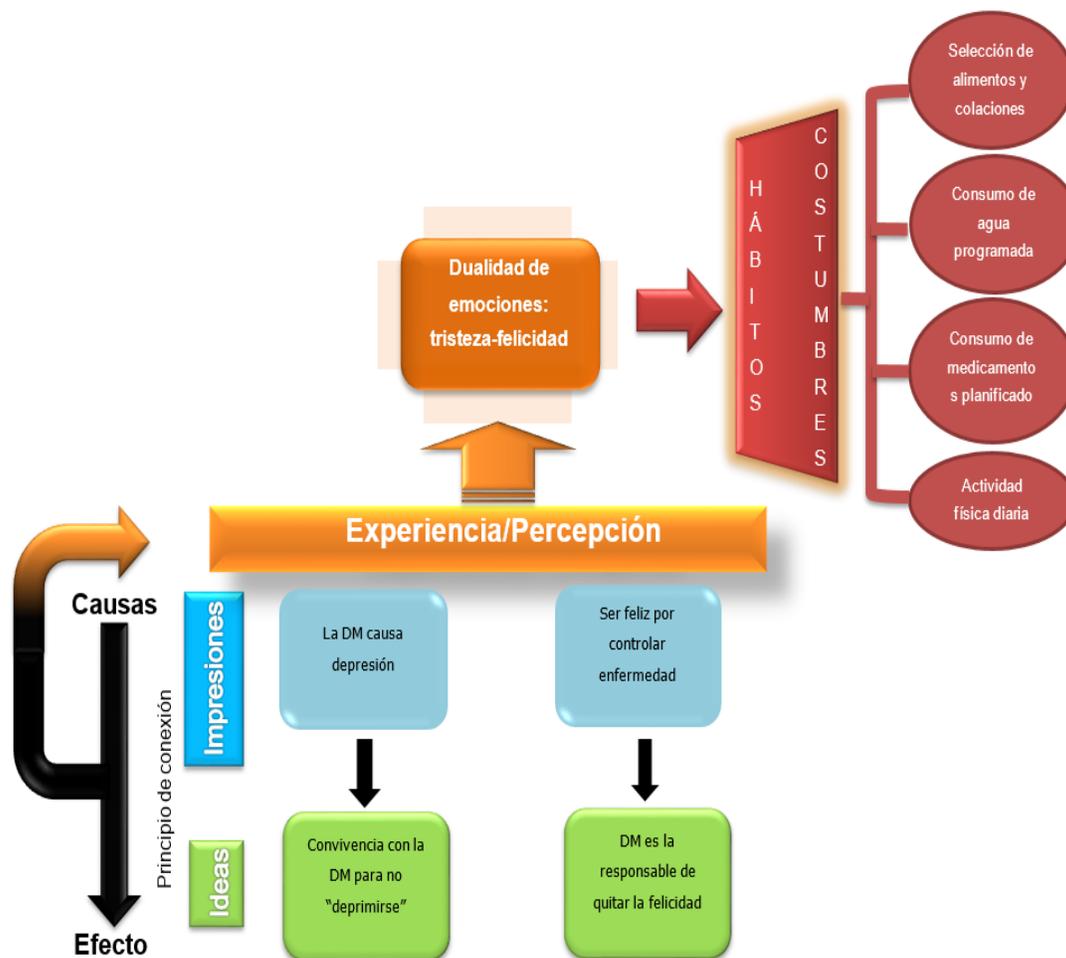
se establecieron posibles interrelaciones a la luz de la propuesta teórica de Hume al identificar ideas e impresiones, además de reconocer hábitos o costumbres. Los criterios de rigor científico considerados fueron: fiabilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Las consideraciones éticas que acompañaron el proceso investigativo se sustentaron en la Declaración de Helsinki y el informe Belmont.

Resultados y discusión

La experiencia de emociones de un hombre con DM2 respecto al control de la glucosa permitió reconocer una dualidad constituida por tristeza, nominada por la persona como “depresión” y la felicidad; conceptos que se configuran en una diada indisoluble, que otorga una visión de vaivén para la persona que padece la enfermedad. La primera emoción se vincula a momentos como el impacto del diagnóstico y al saberse poseedor de “la enfermedad”; mientras que la segunda se relaciona al control de la misma. Lo que hace del constructo tristeza-felicidad una percepción importante para los profesionales de la salud en tanto que parecería configurar la idea de que la persona se percibe triste porque tiene la enfermedad, pero al mismo tiempo feliz por el control de la misma (ver figura 1).

Lo anterior coincide con el concierto de emociones que, en estudios independientes por Low, et al.,⁶ Tejeda, et al.,⁷ Tinoco, et al.,⁸ y Costa, et al.,⁹ señalaron al reconocer por un lado la presencia de diversas impresiones ante la DM, dentro de las cuales se encuentra la felicidad ante un diagnóstico temprano y la posibilidad de mantener un control de ella, en donde la tristeza es consecuencia del miedo a complicaciones derivadas de la DM.

Figura 1. Experiencia de emociones de un hombre con DM2 respecto al control de la glucosa



Tristeza. Esta alteración del ánimo es referida como decaimiento anímico que suele manifestarse con pesimismo y falta de disposición para realizar actividades de parte de la persona que vive la enfermedad. Esta emoción es constante y se vincula a la idea de cambios en la vida que no sabe cómo atender y que alimentan la incertidumbre, como lo muestra el siguiente testimonio:

“A un principio sí [refiriéndose a la DM], cuando te dan la noticia pues, si, no te cae. Pues dices ¿cómo?, no, ¿qué voy a hacer?, pero pasa el tiempo y... y vas mermando eso...te hace sentir deprimido” C1/ 30-33

No obstante, la persona reconoce que al cabo del tiempo la incertidumbre inicial disminuye al aprender a convivir con la DM, cuando se asume que la misma no es una enfermedad tal cual se observa en el discurso:

“...pues... tienes que aprender a convivir con ella [refiriéndose a la DM] tienes que aprender a convivir con ella y pues ya no lo tienes que ver como enfermedad, porque si lo ves así te... deprimas más...” C1/7-10

En este sentido Hudson,¹⁰ Gómez y Grau¹¹ y Van Dyk¹² en estudios separados sugieren que la incertidumbre tiene un alto impacto emocional en pacientes crónicos lo que concuerda con esta investigación, ya que en este caso la enfermedad al ser impredecible conlleva un alto nivel de inseguridad para la persona y lo que vulnera cualquier equilibrio emocional.

Felicidad. La segunda emoción se reconoce como el sentirse contento y tener una disposición de realizar actividades, está condicionada a la toma de medicamentos que le significan el control de la enfermedad. Por otro lado, la infelicidad se expresa con cansancio, agotamiento y la privación de “gustos” en tanto que la “toma de medicamentos de por vida” le resta el disfrute de la vida; tal como lo muestran los testimonios:

“.. yo sé que estoy feliz porque me siento contento, cuando me siento contento [...] me dan ganas de hacer las cosas ... y cuando me tomo el medicamento en lugar de estar pensando que vas a disfrutar tus alimentos [...] estás pensando que vas a tomar tus medicamentos a tal hora y eso pues te resta, te pone un poco triste [...] tú ya estás ahí un poco lamentándote, ya no me siento con esas ganas de... como que ya no hago las cosas así de contento.” C7/22-34

El varón con DM percibe la enfermedad como la responsable de restar felicidad, en donde el consumo de medicamentos es señalado como un factor relevante con un valor dual: por un lado “cura la enfermedad” y por otro provoca la pérdida de la felicidad”.

*“I: Me comentaba que tomar la pastilla le quitaba algo, ¿qué le quita?
C: Parte de la felicidad de la vida, te quita... mmm... bueno no la pastillita, veamos las cosas de fondo es la enfermedad que te quita, te priva de*

muchas cosas, por ejemplo... mmm... pues ya no puedes comer lo que tú quieres, que es lo que más te gusta [...] y la pastillita pues la que te cura, pero es la que también te quita parte de la felicidad...” C2/ 10-21.

Broadbent, et al.,¹³ refirió por su parte que quienes mencionan la medicación como motivo de tristeza resulta perjudicial en el autocuidado de la persona con DM, específicamente en la adherencia al tratamiento lo que es sugerente para los hallazgos de esta investigación. Con respecto al consumo de medicamentos Hudson, et al.,¹⁰ en un análisis que realizó comenta que la preocupación acerca de los fármacos da pie a un aumento de síntomas depresivos y ansiosos con el tiempo, aspecto que concuerda con lo que se reconoce en esta investigación.

Lo anterior, alimenta la premisa que plantea García et al.,³ respecto a las variadas reacciones a la DM, entre las cuales puede considerarse como un enemigo al percibir su cuerpo enfermo ante el enojo, tristeza y miedo al daño progresivo; sin embargo, mediante la reflexión se logra percibir de una forma positiva.

Conclusiones

La experiencia de emociones en un hombre mexicano con DM2 en el control de la glucosa son contrapuestas y están generadas a partir de impresiones e ideas a través de una conexión causa-efecto, como parte de la experiencia hay una búsqueda de sentido para la enfermedad, la cual dependerá de las respuestas que se le den a la incertidumbre inicial y de la forma de afrontamiento de acuerdo a la información con la que cuenta quien padece esta enfermedad. Sin embargo, cuando hay un predominio de emociones

negativas, consecuencia de la privación impuesta, se favorece un desapego de los cuidados encaminados a control glicémico, lo que llevará a un aumento de las mismas; no obstante, si se incentivan aquellas positivas atraerá un mayor ánimo por continuar con los cuidados pertinentes de forma eficiente, que abre paso a una experiencia pasada la cual genera hábitos o costumbres tanto positivos como negativos, mediante una búsqueda de estrategias acopladas al ambiente laboral del hombre que padece DM.

A partir de los resultados de este estudio se observa la necesidad de explorar en próximas investigaciones la importancia de profundizar en el imaginario de la enfermedad desde la visión de género masculino, con énfasis en sus creencias. Por otro lado, sería pertinente la incorporación de la perspectiva de género en programas enfocados a educación del paciente con DM específicamente en torno a las emociones que presentan los hombres. 

Referencias

1. **Prado M, De Souza M, Monticelli M.** Investigación cualitativa en enfermería: Metodología y didáctica. (2013). PALTEX. Washington D.C.
2. **Hernández P.** Métodos cualitativos para estudiar a los usuarios de la información. [Internet]. México: UNAM, Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas, 2008 (24 agosto 2017); 56 (17). Disponible en: http://www.metodos_cualitativos-para-estudiar-a-los-usuarios-de-la-informacion.pdf
3. **Campoy T, Gomes E.** Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. [Internet]. EOS. [10/17]. 2012. Disponible en: <https://bit.ly/2LpDVvN>
4. **Carrasco J, Febrel M.** Métodos y técnicas de la investigación cualitativa en salud pública. [Internet]. IACS. [02/10/17]. Disponible en: <https://bit.ly/2JsyYzV>
5. **De Souza MC.** La artesanía de la investigación cualitativa: Buenos Aires: Lugar. 2009; 258-61.
6. **Low LL, Tong SF, Low WY.** Mixed feelings about the diagnosis of type 2 diabetes mellitus: a consequence of adjusting to health related quality of life. [Internet]. Coll Antropol. 2014 [junio 2018]; 38(1): 11-20. Disponible en: <https://bit.ly/2H5Cf6z>
7. **Tejeda LMT, et al.,** Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. En: González NG, Tinoco AMG, Benhumea LEG. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Espacios Públicos. 2011. [junio 2018]; vol. 14, núm. 32; 258-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
8. **Tinoco AMG.** Redes de parentesco y otras redes sociales de apoyo en la cotidianidad de personas que padecen diabetes mellitus tipo 2: experiencias de mujeres integrantes de un grupo de apoyo mutuo. En: González NG, Tinoco AMG, Benhumea LEG. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Espacios Públicos. 2011. [junio 2018]; vol. 14, núm. 32; 258-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
9. **Costa FG, Coutinho MPL.** Social representations in the context of diabetes mellitus. [Internet]. Psicología em Estudo. 2016. [Junio 2018]; 21 (1); 175-185. DOI: 10.4025/psicoestud.v21i1.29792
10. **Hudson JL, Bundy C, Coventry P, Dickens C, Wood A, Reeves D.** What are the combined effects of negative emotions and illness cognitions on self-care in people with type 2 diabetes? A longitudinal structural equation model. [Internet]. Psychology & Health. 2016. [junio 2018]; 31(7); 873-890. DOI: 10-1080/08870446.2016.115611

11. **Gómez SMJ, Grau A.** Dolor y sufrimiento, en dolor y sufrimiento al final de la vida. En: Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Espacios Públicos. 2011[18 abril, 2018] 14; 32. pp. 258-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
12. **Van Dyk J,** Proyecto Dawn Youth en Sudáfrica. Resolver los problemas cotidianos de los niños y adolescentes en Sudáfrica. En: Ledón Llanes Loraine. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 18]; 37(3): 324-337. Disponible en: <https://bit.ly/2VKT66S>
13. **Broadbent E, Donkin L, Stroh JC.** Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. En: De Souza CRT, Cordeiro CAA, Guidorizzi ACZ, Thiago JG, Miyar L, Franco RC. Alcohol consumption and emotional problems related to diabetes mellitus. [Internet]. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2014. [Junio 2018]; 10(1):11-6. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v10i1p-11-16.
14. **García-Reza C, Campuzano EC, Torres DG, Tlachino MJ, Garcia BCS.** Percepción de hombres sobre la Diabetes Mellitus, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Oct-Dic 2014];18(4): 562-569, DOI: 10.5935/1414-8145.20140080



School factors and student academic performance of nursing

Factores escolares y rendimiento académico de estudiantes universitarios de enfermería

Diana Patricia Jaramillo-Pérez,¹ Juan Pineda-Olvera,² Ana María Lara-Barrón.³

Abstract

Introduction: the studies of scholastic trajectories allow to know diverse dimensions of scholastic efficiency to influence in the planning and evaluation of the superior education. Objective: determine the influence of school factors on the academic performance of students in the fourth semester of nursing at the Facultad de estudios superiores Iztacala.

Material and methods: correlational study with 230 fourth semester students. Variables: academic performance, school and sociodemographic factors. A questionnaire validated by expert judge, reliability by Cronbach's Alpha 0.80 was applied, with prior informed consent, database with SPSS V. 20, inferential analysis with student's t-test. Results: Student's t-test application for independent samples and comparing averages between women and men, obtaining 8,490 and 8,492, $p = 0.983$; The difference is not statistically significant. Student t was also used for independent samples and to associate each of the six categories of school factors with academic performance, obtaining that there is no difference in significant statistics with any of the categories of school factors.

Conclusions: although there is no statistically significant difference in associating school factors and academic performance, it is necessary to deepen this type of studies to identify factors that are significant.

Keywords: nursing, nursing education, school factors, academic performance

Citación: Jaramillo-Pérez D. P., Pineda-Olvera J., Lara-Barrón A. M. *Factores escolares y rendimiento académico de estudiantes universitarios de enfermería*. Rev Enfer Neurol 2018;17(2):pp. 11-22.

* Correspondencia: Diana Patricia Jaramillo-Pérez. Correo electrónico: juanpineda57@yahoo.com.mx

¹ Lic. en Enfermería. Enfermera en el Hospital Multimédica Norte.

² Dr. en Enfermería en Salud Pública. Profesor de carrera Tit. "B" Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

³ Dra. en Ciencias de la Administración. Profesora de carrera Tit. "B" Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Recibido: 22 de diciembre de 2017

Aceptado: 30 de abril de 2018



Resumen

Introducción: estudios de trayectorias escolares permiten conocer diversas dimensiones de eficiencia escolar para incidir en la planeación y evaluación de la educación superior.

Objetivo: determinar la influencia de factores escolares en el rendimiento académico de alumnos de cuarto semestre de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Material y métodos: estudio correlacional con 230 estudiantes de cuarto semestre.

Variables: rendimiento académico, factores escolares y sociodemográficas. Se aplicó cuestionario validado por jueceo de expertos, confiabilidad por Alfa de Cronbach 0.80, previo consentimiento informado, base de datos con SPSS V. 20, análisis inferencial con prueba *t* de *student*.

Resultados: aplicación de prueba *t* de *student* para muestras independientes y comparar promedios entre mujeres y hombres, obteniendo 8.490 y 8.492, $p=0.983$; la diferencia no es estadísticamente significativa. También se empleó *t* de *student* para muestras independientes y asociar cada una de las seis categorías de los factores escolares con el rendimiento académico, obteniendo que no existe diferencia en estadística significativa con ninguna de las categorías de los factores escolares.

Conclusiones: aunque no existe diferencia estadísticamente significativa al asociar los factores escolares y el rendimiento académico, es necesario profundizar en este tipo de estudios para identificar factores que sean significativos.

Palabras clave: enfermería, educación en enfermería, factores escolares, rendimiento académico.

Introducción

En la actualidad, son diversas las dificultades que enfrenta la educación en México, puesto que, es evidente la necesidad de saber más respecto a los estudiantes, sus expectativas e intereses, así como sus problemas y necesidades. En el nivel superior, el problema alcanza un dramatismo mayor, ya que se trata de una población que ha logrado sortear las exigencias de los niveles previos y sobre todo, que ha conseguido ingresar al nivel profesional con toda la complejidad que representa la competencia para acceder a este nivel.¹ En el contexto en el que se encuentra ahora la educación, se

pretenden alcanzar patrones de calidad y excelencia establecidos a nivel internacional, es por eso que se considera importante la realización de estudios sobre trayectorias escolares de los estudiantes en el nivel superior, debido a que ellos son el eje en torno al cual gira la mayor parte de la actividad educativa. Conocer más y mejor a los estudiantes de las universidades públicas mexicanas es una tarea obligada de la investigación educativa.²

Es importante que las instituciones de educación superior (IES) propicien el desarrollo y

formación integral del estudiante, ya que durante la adaptación a la vida universitaria se presentan problemas bastante generalizados, mismos que no derivan sólo de la inmersión de los estudiantes en un escenario desconocido y en su nuevo papel como principiantes, sino que ocurren transformaciones significativas en la composición y perfil de los mismos. De las IES más reconocidas en México se encuentra la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y una de las unidades multidisciplinarias que la integran, es la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) en donde se imparten seis carreras entre ellas; enfermería, que muestra problemas relacionados con la trayectoria escolar desde la admisión, que se acentúan cuando los estudiantes inician sus prácticas clínicas.

En la etapa de ingreso, existe un alto índice de deserción, ya que la universidad ofrece dos opciones de elección y enfermería en un alto porcentaje, es elegida como segunda opción. Hay estudiantes que logran cambiarse de carrera, al cursar dos semestres en enfermería y mantener un promedio alto, siempre y cuando haya disponibilidad de lugares en la opción solicitada. Algunos estudiantes que no obtienen su cambio, la abandonan, aunque también hay que destacar que otros que eligieron enfermería como segunda opción, al cursar los dos primeros semestres terminan por no solicitar cambio de carrera, porque les permitió conocerla, les gustó y decidieron permanecer en ella.

La carrera de enfermería de la FES Iztacala ofrece un plan modular innovador centrado en el paradigma de la profesión: persona, cuidado, entorno y salud, integrado por 25 módulos para cursarse en ocho semestres, los cuales están articulados en tres ciclos: básico específico, básico de la profesión y pre-especialización. Dentro del ciclo básico de la profesión se encuentra el

módulo de salud reproductiva que pertenece al cuarto semestre, que es obligatorio, el cual tiene una carga importante de práctica clínica, aunado a que de forma paralela se cursan dos módulos optativos en el horario contrario al módulo obligatorio en cada semestre.³ Debido a que la naturaleza de la profesión de enfermería es el cuidado, los estudiantes realizan práctica clínica institucional desde el tercer semestre, lo que resulta un componente esencial para la trayectoria de los estudiantes, pues es durante este periodo cuando desarrollan sus conocimientos, habilidades y actitudes que requieren las diversas situaciones clínicas a las que se enfrentarán en su futura vida laboral.⁴ Además de la práctica clínica, existen diversos factores que influyen en el rendimiento académico.

El rendimiento académico es una de las dimensiones más preponderante en el proceso de enseñanza aprendizaje que es un término multidimensional determinado por los diversos objetivos y logros pretendidos por la acción educativa. El rendimiento académico por ser multicausal envuelve una capacidad explicativa de los distintos factores y espacios temporales que intervienen en el proceso de aprendizaje.⁵

El rendimiento académico está determinado por diversos factores, entre ellos los escolares, los cuales son cada vez más analizados con la finalidad de estudiar, de qué manera una institución escolar influye en los resultados académicos de los alumnos.⁶ Los factores escolares que juegan un papel importante en el rendimiento académico son: el profesor y la calidad de los recursos didácticos; que incluye, los planes y programas de estudio y el tipo de instituciones escolares.⁷ Profesor: su papel está determinado, por el diseño del proceso instructivo,⁴ remite al ámbito escolar para contribuir a detectar los diferentes obstáculos que surgen en el proceso enseñan-

za-aprendizaje, y a partir de conocerlos construir las estrategias de orientación educativa, con el objeto de ayudar a cada alumno a desenvolverse a través de la realización de actividades y experiencias que le permitan resolver sus problemas.⁸

Estilos de aprendizaje: está relacionado con el éxito de los estudiantes, no sólo con sus capacidades intelectuales, sino también con los procedimientos, o estrategias, que son definidos como procesos cognitivos encuadrados en un plan de acción, empleado por el estudiante para abordar con éxito una tarea de aprendizaje.⁹ Los estilos de aprendizaje se desarrollan a partir del supuesto de que los alumnos poseen determinadas preferencias por diferentes formas de aprendizaje o métodos de enseñanza basados en su propio modelo motivacional.¹⁰

Institución educativa: la calidad de la institución se liga con el prestigio de ésta, recursos tecnológicos actualizados, currículo innovador, aceptación de los egresados en el mercado laboral y en los siguientes niveles educativos, capacidad de transformación de los estudiantes, comparando sus resultados al ingreso y al egreso.¹¹

Campos clínicos: la práctica constituye uno de los ejes fundamentales para la formación y el ejercicio profesional de enfermería, donde se articulan elementos teóricos y metodológicos, se desarrollan habilidades cognitivas, destrezas y valores que basados en el pensamiento crítico y el juicio clínico, permiten el análisis, reflexión y toma de decisiones profesionales.

Plan de estudios: constituye la directriz que guía un proyecto educativo que incorpora perspectivas sociales de una profesión y formas particulares de entender la ciencia y la tecnología en la producción de conocimientos, permite articular los contenidos curriculares en los campos del pensamiento científico y ético, para disponer de bases lógicas, metodológicas y prácticas.³

Por lo precedente, los objetivos de este estudio, fueron: determinar la influencia de los factores escolares que intervienen en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre de la carrera de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y proponer alternativas de solución a partir de la problemática encontrada.

Material y métodos

Estudio de tipo observacional, transversal y correlacional, donde se investigó a la totalidad de la matrícula de alumnos inscritos al 4º semestre (230) del módulo de enfermería en salud reproductiva de la carrera de enfermería de la FESI. Las variables que se consideraron, fueron: dependiente el rendimiento académico (promedio), como variable independiente los factores escolares (profesor, facultad, facilidades de aprendizaje, plan de estudios, servicios académicos y campos clínicos) y sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, número de hijos y beca).

Se elaboró un instrumento para la recopilación de información, validado por jueceo de expertos, obteniendo confiabilidad con un valor de alfa de Cronbach de 0.80, constituido por 70 ítems, de los cuales 11 fueron preguntas abiertas correspondientes a los datos sociodemográficos. Los 59 restantes se dividieron en 6 categorías con respuestas en escala de Likert. La categoría profesor integró 10 ítems, facilidades de aprendizaje 13, servicios académico administrativos 10, campos clínicos 9, todos con las opciones: siempre, casi siempre, ocasionalmente, casi nunca y nunca; facultad 9 ítems y plan de estudios 8 con las opciones: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo.

En la categoría de profesor se incluyeron los siguientes indicadores: formación sólida e integral, dominio del programa, utilización de diferentes recursos didácticos, asesoría a los estudiantes, cumplimiento del programa, exposiciones del estudiante, retroalimentación del profesor, profundización, síntesis y conclusión de los temas, promoción de valores éticos.

En la categoría facultad, los indicadores fueron: número de alumnos por aula, mejora en las instalaciones, participación en las actividades de la facultad (talleres, conferencias y cursos), existencia y disposición de equipo y material de laboratorio, tiempo en el uso de laboratorio, existencia y uso de libros y bases de datos en la biblioteca.

En la categoría facilidades de aprendizaje, se consideraron los siguientes indicadores: dedicación de tiempo necesario para las tareas escolares, organización y eficiencia en las tareas, gusto y uso de herramientas de aprendizaje, trabajo en equipo, comprensión de contenidos, búsqueda de información en la biblioteca e internet y disposición de espacio propio en casa para el estudio.

En la categoría plan de estudios se preguntó sobre los siguientes indicadores: conocimiento del campo laboral y del plan de estudios de la carrera de enfermería antes del ingreso, conocimiento de la información necesaria para la elección de carrera, inclusión de técnicas y procedimientos para brindar cuidados específicos de enfermería, importancia de los módulos optativos en el plan de estudios, programación del tiempo destinado a práctica y teoría, importancia y secuencia en los módulos que integran el plan de estudios y problemas en los contenidos programáticos de los módulos.

En la categoría servicios académicos administrativos se incluyeron los siguientes indicadores: accesibilidad en el sistema de información

durante el proceso de inscripción, problemas relacionados con las inscripciones, cercanía de los campos clínicos con el lugar de residencia de los estudiantes, insuficiencia de grupos según demanda de inscripción, cupo en los grupos y cambio de turno.

La categoría campos clínicos contiene los siguientes indicadores: logro de los objetivos del plan de enseñanza clínica, tiempo destinado a las prácticas en cada servicio, suficiencia y disponibilidad de recursos humanos y materiales para la realización de técnicas y procedimientos, llevar a cabo actividades planeadas, facilidades proporcionadas en los campos clínicos por el equipo de salud, armonía en las relaciones humanas con el equipo de salud, accesibilidad de los documentos técnico administrativos en los campos clínicos, relación de los problemas de salud de los pacientes con los contenidos del programa y similitud entre los procedimientos realizados en los campos clínicos con los del programa teórico.

Previo a la aplicación del instrumento, se solicitó al estudiante su consentimiento informado, basado en los artículos del 20 al 23 del Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la Ley General de Salud. Para el manejo de la información, se realizó una base de datos en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V.20. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva e inferencial para pruebas de asociación con *t* de *student*.

Resultados

De las (os) 230 estudiantes que participaron en la investigación, se tuvo predominio del sexo femenino (73%), en su mayoría solteros (93%), 65% fueron del turno matutino, el 52% cuenta con

la beca del Programa manutención y 3% con el Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA). La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 19 y 41 años con una media de 20.72, en cuanto al promedio obtenido en los primeros tres semestres, se encontraba entre 7.1 y 9.7 con una media de 8.49. El 5.2% de los alumnos (as) tiene hijos, el 27.8% cuenta con un trabajo remunerado, del porcentaje que trabaja 12.2% lo hace de manera temporal, 4.8% en vacaciones y 9.6% de forma permanente.

En la categoría de profesor, 89.1% de los alumnos (as) percibe que siempre o casi siempre los profesores tienen una formación sólida e integral. El 88% respondió que siempre o casi siempre los profesores preparan, dominan y explican los temas de acuerdo al programa del módulo que imparten. El 80.5% aprecia que el profesor siempre o casi siempre utiliza recursos didácticos que permiten un aprendizaje significativo. El 86.1% siempre o casi siempre asesora los trabajos. El 87.8% manifiestan que siempre o casi siempre retroalimenta, profundiza, y sintetiza el profesor y el 86.5% de los profesores siempre o casi siempre promueven los valores éticos.

Con respecto a la categoría facultad, el 44.3% de los estudiantes está totalmente de acuerdo o de acuerdo que existe mejoramiento continuo de las condiciones de la escuela, el 53% manifestó no estar de acuerdo en que estén 30 alumnos por aula durante la fase teórica. El 34.8% está totalmente de acuerdo en que le gustaría que hubieran más actividades culturales y refieren que éstas pudieran ser accesibles para ambos turnos, pues la mayoría se realiza en el turno vespertino, mientras que el 43.9% no está de acuerdo ni en desacuerdo en su participación en las actividades culturales que se realizan en la facultad (talleres, conferencias, cursos), el 58.7% manifestó que los laboratorios no cuentan con modelos anatómi-

cos, simuladores clínicos, equipos electromédicos y otros equipos para realizar las prácticas, el 33% estima que el tiempo destinado para el uso del laboratorio es insuficiente para realizar en varias ocasiones la misma práctica. El 61.7% considera que la biblioteca no cuenta con bibliografía actualizada y para la consulta de libros, el 42.6% utiliza la base de datos de la biblioteca.

En la categoría facilidades de aprendizaje, se encontró que 56.1% de los estudiantes considera que dedica el tiempo necesario para las labores escolares (tareas y trabajos) mientras que 54.8% no suele ser organizado para el cumplimiento de forma eficiente con todos los trabajos, 47.4% casi siempre le gusta utilizar herramientas de aprendizaje (mapas conceptuales y diagramas) para estudiar con más facilidad.

El 54% de los alumnos (as) refirió que siempre o casi siempre estudia un día antes del examen. El 58.3% mencionó aburrirse ocasionalmente o casi siempre durante la clase debido a que las horas asignadas para un mismo módulo por día puede ser hasta de siete horas; asimismo, 64.3% señaló que después de cierto tiempo transcurrido de clase, pierden la concentración. El 65.7% siempre o casi siempre comprende con facilidad los temas expuestos en clase, al 27.8% ocasionalmente se le dificulta trabajar en equipo, el 48.3% usualmente ha fotocopiado apuntes de sus compañeros para poder estudiar. El 60.8% siempre o casi siempre se consideró apto para buscar información en internet, 49% manifestó su aptitud para buscar información en bibliotecas. El 21.3% ocasionalmente cuenta con un espacio específico en casa para poder estudiar.

En la categoría plan de estudios se encontró que 70% no conocía el campo laboral de la carrera antes de entrar a la misma, 28.7% estuvo totalmente de acuerdo en que revisó el plan de estudios antes de entrar a la carrera. El 56.1%

está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que contó con información necesaria para elegir la carrera de enfermería, 47% de los estudiantes está de acuerdo en que cada área, módulo o unidad de aprendizaje incluye las técnicas y procedimientos necesarios para brindar cuidados específicos de enfermería. El 36.5% estuvo totalmente de acuerdo en que las optativas ayudan a complementar sus conocimientos junto con los módulos obligatorios, así como 44.8% considera que está de acuerdo en que los módulos que integran el plan de estudios tienen secuencia, 49% de los alumnos (as) manifestó que los módulos del plan de estudios les permite resolver problemas en el campo clínico.

En la categoría servicios académico administrativos 36.1% de los alumnos (as) refiere que nunca o que casi nunca acceden con facilidad a la página del Sistema integral de control escolar (SICE) para realizar la inscripción a grupos y campos clínicos. El 46.5% considera que siempre o casi siempre los grupos son insuficientes para la demanda de inscripción; sin embargo, a todos los alumnos se les asigna grupo en 5° ó 6° semestre ya que se pueden cursar indistintamente. El 41.7% de los estudiantes manifestó que siempre o casi siempre les queda lejos el campo clínico de su lugar de residencia. Con respecto a la elección de módulos optativos, 43.9% mencionó que nunca o casi nunca encuentra cupo en la optativa de su preferencia, en consecuencia, se ven obligados a seleccionar alguna de las optativas que aún tienen lugar en el momento que hacen su inscripción.

En la categoría de campos clínicos, 79.5% de los estudiantes refirió que los campos clínicos en donde realizan la práctica, siempre o casi siempre

les permite cumplir con los objetivos planeados en el programa, 56.1% consideró que la programación del tiempo destinado a las prácticas en cada servicio siempre o casi siempre fue suficiente, 70.4% refirió que siempre o casi siempre los servicios seleccionados les permitieron realizar actividades acordes al módulo cursado. El 52.2% de los estudiantes manifestó que pocas veces los procedimientos realizados en los campos clínicos son similares a los procedimientos revisados en teoría. El 84% refirió que siempre o casi siempre las patologías que integra el programa y que fueron revisadas en teoría, las pudieron observar en los pacientes del campo clínico. El 45.2% manifestó que las relaciones humanas con el equipo de salud casi siempre fueron armoniosas. El 45.2% contestó que los documentos técnico administrativos siempre les fueron accesibles.

Se aplicó la prueba *t* de *student* para muestras independientes para comparar los promedios generales entre mujeres y hombres, obteniendo a correspondencia 8.490 y 8.492, $p= 0.983$; la diferencia no es en estadística significativa, por eso ninguno tiene mejor promedio que el otro.

De igual manera, se empleó *t* de *student* para muestras independientes para asociar cada una de las seis categorías de los factores escolares: profesor, estilos de aprendizaje, facultad, plan de estudios, servicios académico administrativos y campos clínicos con el rendimiento académico, se encontró que ninguna de las seis categorías influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación (ver tablas: I, II, III, IV, V, y VI).

Tabla I. Variable profesor y rendimiento académico

<i>Prueba de muestras independientes</i>								
		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	-1.343	228	0.181	-0.2888	0.2151	-0.7127	0.135
	No se han asumido varianzas iguales	-1.915	13.845	0.076	-0.2888	0.1509	-0.6127	0.0351

La variable profesor no influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación.

Tabla II. Variable estilos de aprendizaje y rendimiento escolar

<i>Prueba de muestras independientes</i>								
		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
		t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	0.844	228	0.399	0.1279	0.1514	-0.1705	0.4263
	No se han asumido varianzas iguales	1.213	43.897	0.231	0.1279	0.1054	-0.0845	0.3402

La variable estilos de aprendizaje no influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación.

Tabla III. Variable facultad y rendimiento académico

<i>Prueba de muestras independientes</i>								
		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
		t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	0.316	228	0.753	0.0438	0.1387	-0.2296	0.3172
	No se han asumido varianzas iguales	0.468	67.89	0.641	0.0438	0.0935	-0.1428	0.2304

La variable facultad no influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación.

Tabla IV. Variable plan de estudios y rendimiento académico

<i>Prueba de muestras independientes</i>								
		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
		t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	0.071	228	0.943	0.0108	0.1517	-0.2881	0.3096
	No se han asumido varianzas iguales	0.092	38.732	0.927	0.0108	0.1173	-0.2266	0.2481

La variable plan de estudios no influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación.

Tabla V. Variable servicios académico administrativos y rendimiento académico

<i>Prueba de muestras independientes</i>								
		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
		t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	-0.741	228	0.459	-0.0912	0.123	-0.3336	0.1512
	No se han asumido varianzas iguales	-0.988	99.25	0.326	-0.0912	0.0924	-0.2745	0.092

La variable servicios académicos administrativos no influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación.

Tabla VI. Variable campos clínicos y rendimiento académico

<i>Prueba de muestras independientes</i>								
		<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
		t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
PROMEDIO	Se han asumido varianzas iguales	0.252	228	0.801	0.042	0.1667	-0.2865	0.3705
	No se han asumido varianzas iguales	0.396	34.329	0.695	0.042	0.106	-0.1733	0.2573

La variable campos clínicos no influyó de manera significativa en el rendimiento académico de los alumnos de cuarto semestre que participaron en la investigación.

Discusión

Los resultados encontrados coinciden con los del estudio realizado por Lara y Pineda en cuanto al predominio del sexo femenino, así como también concuerda en que el mayor porcentaje de los alumnos (as) son solteros. La comparación de promedio entre hombres y mujeres, no coincide con los resultados de esta investigación, puesto que no se encontró diferencia estadísticamente significativa como se refiere en dicho estudio.¹²

Los resultados respecto a si los profesores utilizan estrategias didácticas fomentando el aprendizaje autónomo, el interés por el mismo y la resolución de dudas, no coinciden con el estudio realizado por Hidalgo Rivera, en donde menciona que la comunicación verbal y no verbal es básica en el aprendizaje, al fomentar el estudio en grupos colaborativos proporcionándoles la oportunidad de participar en su aprendizaje.¹³

Los datos sobre apoyo económico que tienen los alumnos del Programa manutención, concuerda con los resultados del estudio realizado por Lara y Valadez, de igual manera existe coincidencia en los resultados donde los alumnos (as) manifiestan que recibieron orientación vocacional para la elección de la carrera; no obstante, este estudio difiere en el promedio de las cuatro generaciones estudiadas, aunque la diferencia no es mucha, dado que en ese estudio el promedio tuvo una media de 8.49.¹⁴

En cuanto a los resultados sobre las relaciones humanas con el equipo de salud, concuerdan con los resultados de Jiménez Adán, pues indica que las prácticas, impartidas por profesionales de enfermería no docentes, son apreciadas como buenas y se complementan con una buena enseñanza teórica¹⁵, en la investigación de Vizcaya Moreno, los alumnos manifestaron que en general, las enfermeras les permiten tomar decisiones,

pero sin establecer diferencias según su habilidad y grado de formación.¹⁶

Padierna Luna obtuvo como resultado que el estilo de aprendizaje no se relaciona significativamente con el rendimiento, esto concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio, debido a que no muestran una diferencia significativa, en relación a los rangos de edad no coincide este estudio con el de Padierna, en vista de que se tuvo una media de edad de 20.72 con un rango entre 19 y 41 años mientras que en el de Padierna se tuvo un rango entre 21 y 33 años con una media de 23.63.¹⁷

Conclusiones

Dentro de los aspectos más sobresalientes de este estudio se rechaza la hipótesis de trabajo, ya que los factores escolares no influyeron de manera significativa en el rendimiento académico, debido quizás a que los alumnos tienen entre regular y buen promedio; sin embargo, es necesario profundizar en este tipo de investigaciones para identificar factores que sí sean estadísticamente significativos.

Sigue habiendo predominio del sexo femenino, aunque cabe destacar que el sexo masculino se ha ido incrementando de manera paulatina dentro de la profesión de enfermería. Otro factor positivo para tener un buen rendimiento académico es el estado civil soltero, teniendo en cuenta que los estudiantes tienen mayor oportunidad de dedicarse al estudio sin tener responsabilidad familiar directa.

Aunque la percepción que tuvieron los estudiantes del desempeño de los profesores en general fue buena, es necesaria una formación docente y clínica que les permita una enseñanza participativa dentro del aula y de los espacios clínicos.

Respecto a los servicios académicos administrativos, es importante realizar una mejor planeación acorde a las necesidades semestrales de los estudiantes en función de la apertura de grupos y la elección de los campos clínicos que permita el logro de los objetivos y que considere los aspectos geográficos entre la ubicación de los campos clínicos y el lugar de residencia de los estudiantes.

Es primordial planear cursos para fomentar en los alumnos estilos de aprendizaje o reforzar los que ya tienen; y talleres para la búsqueda de información de una manera correcta tanto en biblioteca como en internet y seguir fomentando la búsqueda de información a través de libros impresos. Promover la asistencia voluntaria a actividades culturales que organiza la FESI, considerando la población estudiantil de ambos turnos. Proporcionar en el bachillerato la orientación vocacional a fin de que el estudiante tenga mayor información sobre la carrera a elegir.

Impulsar en los estudiantes el conocimiento del plan de estudios desde el bachillerato y en el primer año de la carrera, para orientar en especial a los que ingresan a enfermería como segunda opción. 

Referencias

1. **Rembado F.** Condicionantes de la trayectoria de formación en carreras científico tecnológicas: las visiones de los estudiantes. Perfiles educativos [Internet]. 2009 [citado 13 sept 2015]; 31(124). Disponible en: <https://bit.ly/2PKizb9>
2. **González E.** Propuesta de evaluación de la calidad educativa para la UPIICSA- IPN. Tesis maestría. Instituto Politécnico Nacional; 2007. Disponible en: <https://bit.ly/2ZVLe1i>
3. **Facultad de Estudios Superiores Iztacala.** Universidad Nacional Autónoma de México. Plan de Estudios, Licenciatura en Enfermería. 1ª edición. México, 2009.
4. **Sanjuán A.** Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza aprendizaje para la integración de conocimientos y formación clínica/comunitaria. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. Agosto 2008 [citado 2 de oct. 2015]; 26 (2). Disponible en: <https://bit.ly/2ZTvBaT>
5. **Vargas I, Cortés J.** Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de Medicina: estudio de seguimiento a un año. Salud Mental. [Internet]. ago. 2011 [citado nov 2015]; 4 (34). Disponible en: <https://bit.ly/2VHsBiq>
6. **Backhoff E.** Factores escolares y aprendizaje en México. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. 1ª edición. México; 2007.
7. **Ocaña Y.** Variables académicas que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. Investigación Educativa [Internet]. jun 2011 [citado enero 2016]; 15 (27). Disponible en: <https://bit.ly/25O0CgC>
8. **Rojas S.** Descripción de la práctica docente a través de la interactividad profesor-alumnos. Estudios Pedagógicos [Internet]. 2007 [citado 6 de oct. 2015]; 33 (2). Disponible en: <https://bit.ly/2UYufaX>
9. **Vázquez S, Noriega M.** Relaciones entre rendimiento académico, competencia espacial, estilos de aprendizaje y deserción. Investigación Educativa [Internet]. oct. 2012 [citado enero 2016]; 15 (1). Disponible en: <https://bit.ly/2ZTwaEP>
10. **Gómez M.** Algunos factores que influyen en el éxito académico de los estudiantes universitarios en el área de química. [tesis doctoral] Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. enero, 2003. Disponible en: <https://bit.ly/2GXRbCr>
11. **Artunduaga M.** Variables que influyen en el rendimiento académico en la Universidad. Departamento MIDE. [Internet]. julio 2008 [citado nov 2015] Disponible en: <https://bit.ly/25OLnQZ>
12. **Lara A, Pineda J, Rocha E.** Factores escolares y extraescolares en la trayectoria escolar de estudiantes de enfermería. Enf. Neurol [Internet].

- Sep-dic 2014 [citado 9 sept 2015]; 13(3). Disponible en: <https://bit.ly/2DLWBiS>
13. **Hidalgo J.** El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Universitaria* [Internet]. jun 2013 [citado enero 2016]; 10(3). Disponible en: <https://bit.ly/2UXMQ79>
 14. **Lara AM, Valdez D.** Factores que afectan la trayectoria escolar de egresadas (os) de enfermería. *Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social* [Internet]. 2011 [citado enero 2016]; 19(3). Disponible en: <https://bit.ly/2IXdcEQ>
 15. **Jiménez A.** Representación del conocimiento y percepción subjetiva del proceso de aprendizaje profesional: estudio cualitativo en personal de enfermería. *EDUC MED* [Internet]. 2010 [citado enero 2016]; 13(3). Disponible en: <https://bit.ly/2GWLJ2t>
 16. **Vizcaya M.** Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el entorno de aprendizaje clínico: el clima social. *Evidentia* [Internet]. Jun 2004 [citado 2 oct. 2015]; 1(2). Disponible en: <https://bit.ly/2UXANXv>
 17. **Padierna JL.** Factores socio académicos, estilo de aprendizaje, nivel intelectual y su relación con el rendimiento académico previo de médicos internos de pregrado. *EDUC MED* [Internet]. 2009 [citado marzo 2016]; 12 (2): Disponible en: <https://bit.ly/2vCZPB3>.



Spiritual experiences of the elderly in a day hospital of the almenara network, in Lima, Peru

Vivencias espirituales del adulto mayor en un hospital de día de la red almenara, en Lima, Perú

Norma Zoila Córdova Sotelo,¹ Judith León Rivera,² Rosa Herrera Álvarez,³ Carmen Cisneros Espinar,⁴ María Quispe Barragán,⁵ y Lasty Balseiro Almario.⁶

Abstract

Objective. analyze spiritual experiences of the elderly in a Day Hospital, of the Almenara Network, in Lima. **Introduction:** the livings are experiencing that older adults live, come from within and are part of their character, spirituality based on beliefs and values is characterized by the relationship with itself, with the other, with nature and life.

Methodology: qualitative research, descriptive, comprehensive, made with 10 older adults, the sampling defined by saturation of speeches. The technique was the interview in depth with a guide to interview semi structured, applied in two sessions, respecting the bioethical principles.

Results: three general categories were identified: recreating the conceptions of spirituality; spirituality in the practice of values and spirituality from the religiosity of the elderly.

Discussion: the first category defined as to approach God through prayer and religion, being a basic human need to promote quality of life. The second category, is referred to the practice of values considered transcendent, reflected mainly in the love and solidarity. The third category points out that spirituality provides the opportunity to be at peace with oneself and with others.

Conclusions: the spiritual experiences of older adults indicate that they want to live better, using what is left of life in the best possible way, relying on religion and the practice of values to preserve spiritual peace thus giving a favorable ageing.

Key words: day hospital, elderly, spirituality experiences, values.

Citación: Córdova-Sotelo N. Z., León-Rivera J., Herrera-Álvarez R., Cisneros-Espinar C., Quispe-Barragán M., Balseiro-Almario L. *Vivencias espirituales del adulto mayor en un hospital de día de la red almenara, en Lima, Perú.* Rev Enfer Neurol 2018;17(2):pp 23-31.

* Correspondencia: Norma Zoila Córdova Sotelo. Correo electrónico: normita_cordova@hotmail.com

¹ Magíster en Geriatría, Docente ordinario a tiempo completo de la Universidad Privada San Juan Bautista.

² Magíster en Geriatría, Docente de la asignatura de Introducción a la Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista

³ Magíster en Administración de servicios de salud, Docente ordinario a tiempo completo de la Universidad Privada San Juan Bautista.

⁴ Magíster en Enfermería, Docente de la asignatura de Elaboración de Proyectos de

investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista.

⁵ Licenciada en Enfermería, Docente de la asignatura de Metodología de la Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista.

⁶ Profesora de Carrera Titular "B" de la ENEO, de la UNAM

Recibido: 10 de octubre de 2017

Aceptado: 15 de marzo de 2018



Resumen

Objetivo: analizar vivencias espirituales del adulto mayor en un Hospital de Día de la Red Almenara, en Lima.

Introducción: las vivencias son experiencias que viven los adultos mayores, surgen de su interior y forman parte de su carácter, la espiritualidad basada en creencias y valores se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida.

Material y métodos: investigación cualitativa, descriptiva comprensiva, realizada con 10 adultos mayores, el muestreo fue definido por saturación de discursos. La técnica fue la entrevista a profundidad con una guía de entrevista semi estructurada, aplicada en dos sesiones, respetándose los principios bioéticos.

Resultados: se identificaron tres categorías generales: re-creando las concepciones de la espiritualidad; la espiritualidad en la práctica de valores y la espiritualidad desde la religiosidad del adulto mayor.

Discusión: la primera categoría define el acercamiento a Dios a través de la oración y la religión, considerada una necesidad básica y humana para promover la calidad de vida. La segunda categoría, se refiere a la práctica de valores que es trascendente y se refleja principalmente en el amor y la solidaridad. La tercera categoría, señala que la espiritualidad brinda la oportunidad de estar en paz con uno mismo y con los demás.

Conclusiones: las vivencias espirituales de los adultos mayores indican que ellos desean vivir mejor, usando lo que le resta de vida de la mejor manera posible. Por ello, se apoyan en la religiosidad y la práctica de valores para conservar la paz espiritual logrando así, un envejecimiento favorable.

Palabras clave: adulto mayor, Hospital de Día, vivencias espirituales, valores.

Introducción

El **objetivo** del presente estudio fue comprender las vivencias espirituales del adulto mayor, en un Hospital de Día de la Red Almenara, en Lima, Perú. Se considera que las vivencias espirituales son relevantes en la vida del adulto mayor, porque los cambios propios del envejecimiento los enfrentan a una realidad cambiante, de deterioro, enfermedad y cercanía a la muerte.

Marco teórico: Según Guzmán JM.¹ la esperanza de vida al nacer se está incrementando,

dado que ahora parte de la población tiene más de 70 años. Además, indica que para el 2050, la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% del total. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)², señala que la región está atravesando por un proceso de envejecimiento y las proyecciones indican que para el 2020; sólo en América Latina y el Caribe vivirán más de 600 millones de adultos mayores. En el Perú, el

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)³ en el 2014, reportó que el 6.4% de la población total, correspondía a adultos de más de 65 años, mientras que las personas octogenarias superaban los 350 mil habitantes, siendo mujeres en su mayoría.

Desde el punto de vista social, Márquez J y Meléndez L.⁴ mencionan que los adultos mayores, luego de entregar su juventud y trabajo a la sociedad (familia, mundo laboral, etc.) son marginados, viéndose limitados en los beneficios sociales, económicos y laborales, se considera que en esta etapa el ser humano desarrolla con mayor énfasis la conciencia de la existencia del elemento espiritual. Al respecto, San Martín PC.⁵ plantea que muchos adultos mayores llegan a esta etapa de vida con problemas crónicos de salud por el menoscabo de sus facultades, propias del proceso de envejecimiento siendo frecuente. Además, la presencia de crisis y transiciones que modifican su vida como la jubilación, la viudez, el alejamiento de los hijos y hasta la posibilidad de la muerte está presente, siendo importante movilizar recursos que lo ayuden adaptarse a los cambios.

Con relación a las vivencias, Díaz R⁶ considera que son experiencias personales y constituyen parte del carácter y al igual que otros acontecimientos en la vida, originan distintas formas de actuar. Estas vivencias, intencionales o no, se manifiestan en situaciones individuales y encuentran su expresión en el desarrollo de la vida espiritual, cuando el adulto mayor reflexiona sobre el sentido de la vida y su finitud.

Uno de los recursos personales que usan los adultos mayores para hacer frente a las dificultades es la espiritualidad, considerada por Vásquez F.⁷ como la dimensión fundamental en la vida del hombre, está formada por creencias y valores caracterizadas por la relación con el yo, con el otro,

con la naturaleza y con la vida, concordando con Reyes A.⁸ quien refiere que los ancianos oran regularmente y usan la religión como recurso, y que de acuerdo con algunas investigaciones, puede complementar el tratamiento al que está sometido la persona adulta mayor. De igual forma, de acuerdo con Barbero J, Benito E y Dones M.⁹ la espiritualidad es un aspecto diferente a la religión, pues la religión puede ser vivida sin llegar a la espiritualidad; sin embargo, se consideran como conceptos cercanos que implica el reconocimiento de la existencia de un mundo interior y superior que es diferente del corpóreo y que lo trasciende. Al respecto, Marinelli S.¹⁰ señala que la espiritualidad va más allá de la religión, por lo que puede ser vivida por personas sin ninguna fe o creencia religiosa.

Desde la perspectiva de la enfermería, Tanyi A.¹¹ señala que la espiritualidad es un componente inherente al ser humano, intangible, multidimensional y de naturaleza subjetiva, muy importante, pues supone la autoselección de las creencias religiosas que dan significado a la vida y establecen una conexión que proporciona confianza, esperanza, paz y empoderamiento. Asimismo, Quintero M.¹², considera que la espiritualidad es imprescindible para el cuidado de enfermería, porque ante la enfermedad y la posibilidad de la muerte, se generan crisis que originan conflictos con las creencias personales.

Por otra parte, estudios realizados por Painemal N.¹³ evidencian que aún en la actualidad, algunas culturas indígenas se refugian en su espiritualidad para conservar sus más preciados tesoros de conocimiento, de valores éticos y morales, creando así su propia visión de mundo, mientras que Martínez M.¹⁴ expresa que la espiritualidad otorga al individuo la seguridad que necesita para superar las dificultades de la vida, las frustraciones, los aspectos de la vida y de la muerte que

son temidos, pero además, favorece las relaciones con la familia y amigos del pasado y del presente experimentando la esperanza.

También, Frankl V y Lapide P.¹⁵ indican que las personas cuya vida se encuentra llena de sentido, encuentran más sentido a la muerte y son capaces de afrontarla con mayor serenidad, paz interior y lejos de la depresión. Por otro lado, Yserm J.¹⁶ indica que un valor implícito de la sana espiritualidad es la verdad, considera que el ser humano está hecho para la verdad y necesita de la verdad; empezando por la verdad de uno mismo, cuando se conoce y acepta su propia realidad, lo que implica aceptar su condición de vida y adaptarse a ella.

Respecto a la salud, Whetsell MV, Fredrickson K, Aguilera P. y Maya J.¹⁷ encontraron correlación de nivel alto entre el bienestar espiritual y la fortaleza de la salud. De igual forma, Pargament KL, Smith BW, Koenig HG. y Perez L.¹⁸, demostraron que la vida espiritual juega un importante papel en el afrontamiento del estrés y el mantenimiento de la salud en la adultez mayor y que el afrontamiento religioso positivo está asociado a mejores parámetros de salud.

Para Watson J.¹⁹ el bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo y con los otros, con posibilidad de encontrar un significado y un propósito en la vida, donde existe armonía interna y prevalecen sentimientos de satisfacción. Boof L.²⁰ menciona que alimentar la espiritualidad significa estar abierto a todo lo que es portador de vida, cultivar el espacio de experiencia interior a partir del cual todas las cosas se ligan y se religan captando la totalidad de las realidades como valores, evocaciones y símbolos de una dimensión más profunda.

Finalmente, Gallegos R.²¹ señala que toda acción social debe estar basada en la genuina es-

piritualidad. Esto es importante, porque los seres espirituales son sencillos y humildes en el sentido que se perciben en una relación de igualdad con los demás. Señala, además, que la espiritualidad es tras-racional, porque trasciende a la razón, no la reprime, no la rechaza y que el amor y la espiritualidad son parte del amor universal, del que se es consciente al enfrentar las adversidades. Por ello, la tercera edad puede constituir un período de vida caracterizado por un acentuado sentimiento religioso.

Material y métodos

De acuerdo a la naturaleza de la variable y los fines del estudio, el tipo de investigación fue cualitativa, descriptiva y comprensiva. El diseño se desarrolló en tres momentos: en la primera etapa, se solicitaron los permisos correspondientes, coordinaciones con la enfermera a cargo del Programa de adulto mayor e identificación de los participantes del estudio. En la segunda etapa, se realizaron las entrevistas a profundidad empleando una guía de entrevista semiestructurada en los ambientes destinados a los talleres, grabando las sesiones y realizando anotaciones importantes surgidas espontáneamente. En la tercera etapa se transcribieron todas las entrevistas, identificando códigos, categorías y sub categorías.

Los participantes del estudio fueron 10 adultos mayores que asistían al Hospital de Día para realizar terapias de rehabilitación, por presentar problemas de depresión, por secuelas neurológicas o en riesgo de abandono, encontrándose en proceso de reinserción a sus actividades de la vida diaria. Para la determinación de la muestra, se utilizó el criterio de la saturación de los discursos, y esta se alcanzó, cuando las declaraciones de los entrevistados ya no ofrecían datos relevantes.

Como criterios de inclusión, se consideró a los adultos mayores con posibilidad de responder a las entrevistas, orientados en tiempo espacio y persona, aceptación voluntaria y firma de un consentimiento informado. De igual forma, se respetaron los principios éticos básicos de la investigación contemplada en la Declaración de Helsinki.

Los datos se recolectaron durante tres meses en el año 2017, cada adulto mayor participó de dos entrevistas que duraron de 60 a 90 minutos cada una. En la tercera etapa se realizó el tratamiento de datos, transcribieron todas las entrevistas en cuadernos de trabajo, procediendo a realizar lecturas y relecturas que permitieron identificar códigos, subcategorías y categorías

Resultados

Del estudio sobre las vivencias espirituales del adulto mayor, emergieron tres categorías principales: la primera se denominó recreando las concepciones de la espiritualidad; la segunda categoría llamada la espiritualidad y los valores, con cinco subcategorías: amor, solidaridad, perdón, armonía, y solidaridad. La tercera categoría hallada fue la espiritualidad desde la religiosidad, siendo sus subcategorías: el logro de la fe y de la paz espiritual.

1° Categoría: recreando las concepciones de la espiritualidad para el adulto mayor. Los adultos mayores reconocen la dimensión de espiritualidad en relación con la práctica de una religión, por lo que viven con gratitud al haber sido creadas por un ser supremo. Esto hace que busquen la oportunidad de enriquecer su vida, cumplir un propósito y vivir con felicidad en armonía con su creador. Algunas declaraciones que señalan son:

“Para mí, la espiritualidad es vivir al lado de Dios, es creer, rezando y entregándome a la palabra. Por ello, voy a misa y cumplo los mandamientos” (E=2)

Aunque, la espiritualidad sea diferente a la religión, los adultos mayores señalan que la oración y la religión lo acercan a Dios y esta es una forma en que su espíritu esté en paz y estando en un periodo cercano a la muerte su proximidad con él es considerada vital.

2° Categoría: la espiritualidad y los valores. Al respecto mencionan que la práctica de estos aspectos es una forma de vida. Esta forma de vivenciar lo espiritual, lo declaran de esta forma:

“La espiritualidad en esta etapa de mi vida es mi alimento y la siento cuando práctico los valores, rezo, cuando siento paz y tranquilidad” (E=5)

“La espiritualidad para mí es la que me hace practicar mis valores conmigo y con los demás” (E=7)

En esta categoría se consideraron cinco subcategorías. La primera denominada amor, surge de los discursos y es definido como valor y sentimiento, considerado el más importante de todos, del que se derivan todos los otros, como lo describen a continuación:

“El amor es el sentimiento más hermoso que ha creado Dios en nosotros” (E=8)

“Es un valor y sentimiento más puro y limpio que abarca todo, es dar sin esperar recibir algo a cambio”. (E=10)

“Es el valor más puro y sublime que siento y que me acerca a Dios” (E=5)

El amor es un sentimiento humano y universal; no obstante, es la etapa de la adultez donde se revalora este sentimiento, la compañía y presencia de la familia es considerada importante, el temor

de estar solo o en abandono hace que añoren y consideren al amor como lo más importante en la vida.

La segunda subcategoría fue denominada solidaridad, refiriendo que, mediante ella, hacen viva la espiritualidad lo que identifica acciones encaminadas a ayudar al prójimo, tomando responsabilidad por las necesidades ajenas, con empatía y desapego, muchas veces incluso, postergando las propias necesidades. A continuación, las siguientes declaraciones:

“La forma de vivir la vida que yo práctico, es ayudando a mis amistades y familiares” (E=1)

“Vivir siempre pensando en ayudar al otro, en cualquier necesidad” (E=6)

“Yo me siento solidario trabajando en grupo y olvidándome de mi propio bienestar y siempre apoyando al que lo necesita. Eso es lo que me hace sentir feliz” (E=3)

La tercera subcategoría es el perdón, que los adultos mayores lo resaltan como indispensable y como parte del amor hacia los demás y hacia uno mismo. Eso se encuentra en los discursos:

“El perdón para mí es un valor que vivo siempre, comprendiendo y entendiendo que, si me han ofendido, lo tengo que trabajar cada día para poder al fin también vivir tranquilo y feliz” (E=4)

” El perdón lo vivo y siento cuando recuerdo sin dolor, sin amargura, sin esa sensación de la herida abierta, lo que me causo dolor” (E=3)

“Perdonar y pedir perdón es dejar que actúe la espiritualidad, en lugar de mantener un resentimiento” (E=1)

La cuarta subcategoría es la armonía, en donde el adulto mayor refleja sus vivencias frente a situaciones favorables o no, adaptándose armoniosamente a lo que le toca vivir y lo afronta de

la manera más pacífica posible. Lo expresan de la siguiente manera:

“La armonía es equilibrio que encuentro en vivir mi vida en esta etapa de mi adultez con felicidad” (E=3).

“Encuentro armonía conversando con mis familiares, recordando bonitos momentos en mi entorno (E=9).

“Es un valor importante en mi vida porque en tiempos difíciles, me da equilibrio entre mi mente, mi cuerpo y espíritu” (E=10)

La quinta subcategoría es la responsabilidad y los adultos mayores lo manifiestan y la viven respondiendo a las expectativas que se les plantean en su vida diaria. Al respecto declaran:

“La responsabilidad es importante y me obliga a mantener en un orden mi vida, la vivo demostrando un compromiso con mis propias decisiones, aceptando las consecuencias que ésta pueda generar en mi persona” (E=7)

“La siento, asumiendo con seriedad las decisiones en mi vida, por ejemplo, con mi salud”. (E=8)

3° Categoría: la espiritualidad desde la religiosidad, en donde los adultos mayores vivencian la espiritualidad, manifestando el logro de la fe y de la paz espiritual.

La fe emerge de los discursos de los participantes como sigue:

“Para mí la fe que yo siento, me ayuda a ser feliz en todo momento en mi vida” (E=5)

“Es una fuerza poderosa, la fortalezo cuando me comunico con el ser supremo en el que creo firmemente” (E=4)

“La fe, me ayuda cuando paso momentos difíciles como por ejemplo ahora que estoy envejeciendo con

algunos problemas de salud” (E=8)
 , *“Mi fe crece cada día más y más con la oración y el compromiso con Dios. Yo no veo a Dios, no puedo tocarlo, pero sé que existe y tengo la seguridad que me protege y me ayuda cuando lo necesito” (E=6)*

En relación a la paz espiritual, los adultos mayores lo enfocan como su máximo bienestar y felicidad en la vejez. Declaran lo siguiente:

“La paz espiritual me hace vivir con tranquilidad y en orden” (E=2)
“La verdadera paz la siento y encuentro conmigo mismo, y eso me hace sentir feliz” (E=5)
“Es la que me da serenidad, sosiego, quietud, en medio del mundo en que vivimos” (E=6)
“Es lo que me hace sentir lleno de alegría, la vivo como una energía vibrante que me da serenidad y que me produce bienestar en esta etapa de la vida” (E= 4)

Discusión

La categoría recreando las concepciones de la espiritualidad para el adulto mayor, analiza la coincidencia entre las vivencias espirituales y la práctica de una religión. Los adultos mayores no hacen diferencia entre uno y otro. A pesar de que ambos términos reflejan realidades distintas y los estudios fortalecen la necesidad de diferenciarlos, la espiritualidad la encuentran en la práctica de una religión. De acuerdo con Pargament K y Mahoney A.²² las personas se definen a sí mismas como espirituales y religiosas; no obstante, se considera de importancia diferenciar los conceptos, a pesar de que se encuentran intrínsecamente asociados. Estudios previos, como el de Rivera A y Montero M.²³, realizados en México, encontraron que la religiosidad es muy importante y las estadísticas indican que casi todos los

adultos mayores practican una religión, señalando además, que a pesar de que espiritualidad y religión han sido diferenciadas ampliamente, en la interpretación. Por lo tanto, es difícil desligar una de la otra, por lo que, para estudiar ambos aspectos, utilizan el término: *convicción espiritual*, la definen como un recurso interno y que engloba aspectos de ambos constructos.

La segunda categoría denominada la espiritualidad y los valores; con sus subcategorías: amor, solidaridad, perdón, fe y armonía, también fueron definidas en otros estudios, Delgado C.²⁴, por ejemplo, señala que la espiritualidad va más allá de la religión y de los límites culturales, caracterizándose ante todo por la fe, otorgándole un gran sentido de significado y propósito en la vida, que los conecta con ellos mismos y con los demás ofreciéndoles bienestar y paz interior.

Coincidentemente, las vivencias espirituales del adulto mayor se manifiestan practicando los valores, esto los hace sentir realizados como personas espirituales. Tornstam L.²⁵, opina que la práctica de valores lo lleva a vivir un envejecimiento exitoso. Por el contrario, Vaillant G.²⁶, manifiesta que las características de los valores ayudan a vivir mejor en cualquier etapa de la vida, no necesariamente en la vejez, sin embargo, nuestros resultados se asemejan a lo mencionado por Tornstam.

Estudios sobre la dimensión espiritual, han ofrecido hallazgos interesantes, como el de Samson A. y Zerter B.²⁷ para quienes la práctica de valores. Esto les ofrece un beneficio de comportamiento saludable; generando paz interior que a su vez pueden entregar paz y perdón a los demás, similar resultado hallado en el presente estudio. Por lo tanto, las vivencias de la espiritualidad es ejercicio cotidiano, que implica práctica de valores y manifestaciones de cualidades humanas relevantes en el adulto mayor, evidenciadas en el

amor, solidaridad, perdón, armonía y fe.

La tercera categoría considerada espiritualidad desde la religiosidad, señala la importancia para los adultos mayores el vivenciar la espiritualidad a través de la fe y la paz espiritual. Resultados diferentes fueron encontrados por Merlet A y Parra E.²⁸ para estos autores, los adultos mayores consideran más importante el hecho de tener un trabajo, una casa, una forma de tener un sustento en el mundo que les genere tranquilidad.

Consideraciones finales

- Los adultos mayores, viven su espiritualidad a través de la religión sintiéndose más unidos a Dios, haciéndoles sentir buenas personas, sentimiento que les genera bienestar mejorando su calidad de vida.
- La religiosidad que viven los adultos mayores se manifiesta a través de la práctica de la religión y los valores, que trascienden en el otro, siendo manifestado por el amor, perdón, armonía, solidaridad y responsabilidad para consigo y los demás.
- Las vivencias de la espiritualidad en relación consigo mismo, trasciende en la práctica de la fe y paz espiritual. De hecho, la fe está muy arraigada en ellos y es la forma de manifestar un compromiso con Dios comunicándose mediante la oración y prácticas de ritos religiosos.
- La paz espiritual contribuye en los adultos mayores proporcionándoles bienestar; la armonía les produce equilibrio; el perdón les ofrece reconciliación con ellos y los demás y la responsabilidad implica asumir un compromiso total con su persona. 

Referencias

1. **Guzmán JM.** *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.* CELADE/CEPAL – SERIE Población y desarrollo. 2a ed. Santiago de Chile, 2002: 51. [Consultado el 24 de abril de 2017] Disponible en: <https://bit.ly/2ZID8CM>
2. **CEPAL.** *Envejecimiento poblacional.* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de CEPAL. Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile 2011;12:190. [Consultado el 24 de abril de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/32a7uFa>
3. **INEI.** Compendio estadístico Perú 2014. (Libro digital). Lima: Edit. INEI; 2014; *Estado de la Población Peruana, 2014*: 48. [Consultado el 24 de abril de 2017] Disponible en: <https://bit.ly/2axqDf2>
4. **Márquez J , Meléndez L.** *Promoción humana en el envejecimiento: una experiencia de orientación gerontológica.* Educere investigación. Caracas, 2002; 6 (18): 176-180. [Consultado el 27 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19710/1/articulo6.pdf>.
5. **San Martín PC.** *Espiritualidad en la tercera edad.* Psicodebate 8. Psicología, Cultura y Sociedad. [internet]. Santiago de Chile, 2007; 111 – 127. [Consultado el 27 abril 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2ActG3s>
6. **Díaz R.** *Un análisis filosófico de sus diferentes tipos. El hombre y sus vivencias.* [internet]. México, 2008: 13 [Consultado el 27 abril del 2017]. Disponible en: <https://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>
7. **Vásquez F.** *Envejecer entre los cultivos del campo mexicano.* Viejos y viejas: participación, ciudadanía e inclusión social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003: 12 [Consultado el 24 abril del 2017] Disponible en: <https://bit.ly/329KuWF>
8. **Reyes A.** *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia.* Mc. Millán Editores. México, 1996:132.

9. **Barbero J, Benito E, Dones M.** *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos.* Psicooncología. Madrid, 2016; 13(2-3): 367-384. [Consultado el 24 de abril del 2017] Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/54442/49745>
10. **Marinelli S.** *Manual de pastoral de salud.* Ed. PPC [internet]. México, 2016: 431. [Consultado el 24 de abril 2017]. Disponible en: https://issuu.com/ppcmexico/docs/manual_de_pastoral_de_la_salud
11. **Tanyi A.** *Towards clarification of the meaning of spirituality.* J Adv Nursing 2002;39 (5):500-9. [Consultado el 24 de abril 2017]. Disponible en: <http://faith-health.org/wordpress/wp-content/uploads/71639771.pdf>
12. **Quintero M.** *Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Cuidado y práctica de enfermería.* Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2006: 271.
13. **Painemal N.** *La espiritualidad del pueblo Mapuche de Chile, reflejada en su lengua.* Corporación Nacional de Desarrollo Indígena Chile. Santiago de Chile, 2017: 5. [Consultado el 24 de abril de 2017] Disponible en: <https://gerflint.fr/Base/chili3/nekules.pdf>
14. **Martínez M.** *Buscando la paz interior guía para el crecimiento espiritual.* Lulú Enterprise Inc. Madrid, 2008:138.
15. **Frankl V, Lapide P.** *Búsqueda de Dios y sentido de la vida: dialogo entre un teólogo y un psicólogo.* Herder, 2ºed. Madrid, 2011:158.
16. **Yserm J.** *Espiritualidad del adulto mayor eficacia del corazón.* Tribuna Universitaria. Universidad del Bío-bío. Valparaíso. Santiago de Chile, 2010: 23. [Consultado el 24 de abril de 2017] Disponible en: http://www.ubiobio.cl/web/autopdf/Articulo_Tribuna_Universitaria1.pdf
17. **Whetsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya J.** *Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores.* Aquichán. Bogotá, 2005; 5(1): 72-85. [Consultado el 27 abril 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2L020XG>
18. **Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L.** *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors.* J Sci Study Religion 1998;37(4):710-24. [Consultado el 27 abril 2017]. Disponible en: <https://scholars.duke.edu/display/pub752176>
19. **Watson J.** *The philosophy and science of caring.* University Press of Colorado. Washington, 2008:313.
20. **Boff L.** *Espiritualidad: un camino de transformación.* Ed. Sal Terrae. Brasilia, 2002:96.
21. **Gallegos R.** *La educación como práctica espiritual.* Educación y espiritualidad. Ciudad de México, 2005;9(4):56-61. [Consultado el 24 abril 2017] Disponible en: <https://bit.ly/30IYtbW>
22. **Pargament KI, Mahoney A.** *Spirituality: discovering and conserving the sacred.* En. Snyder CR. y Lopez SJ. Handbook of positive psychology. Oxford University. New York, 2002:646-59. [Consultado el 27 abril 2017). Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-02382-047>
23. **Rivera A, Montero M.** *Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos.* Salud Mental México 2005;28 (3):51-8. [Consultado el 27 de abril 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>.
24. **Delgado C.** *Discussion of the concept of spirituality.* Nursing Scien 2005; 18(2):157-62. [Consultado el 27 de abril 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15802748>
25. **Tornstam L.** *Gerotranscendence: a developmental theory of positive aging.* New York, 2005:199 [Consultado el 27 abril 2017]. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X06225261>
26. **Vaillant G.** *Aging well.* Ed. Little, Brown & Company. New York, 2002: 361. [Consultado el 27 Abril 2017]. Disponible: <https://www.amazon.com/Aging-Well-Surprising.../0316090077>
27. **Samson A, Zerter B.** *The experiencia of spirituality in the psychosocial adaptation of cancer survivors.* J Care Counselig 2003;57(3):329-43. [Consultado el 29 Abril 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/.../9038774_The_Experience_of_Sp
28. **Merlet A, Parra E.** *Vivencia de la tercera edad de un grupo de adultos mayores. Una mirada analítico existencial.* [Tesis de Maestría]. Santiago de Chile, 2010: 203. [Consultado el 27 abril 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2zrduNg>.

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Family function and depression in adults seniors in a health institution of Ciudad Victoria

Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria

Guadalupe L. Rodríguez-Tovar,¹ Ma. Ramona Medrano-Martínez,² Rosa I. Castro- García,² Patricia Rivera-Vázquez.^{1,2}

Abstract

Introduction: the family is the fundamental group to increase the health status of older adult, promotes the well-being and development in which psycho-emotional depression is considered a public health problem that involves not only the family intervention but also that health sector.

Objective: determine the relationship between depression and family functionality in the older adult that it comes to a health unit second-level of attention in Ciudad Victoria, Tamaulipas, Mexico.

Material and methods: quantitative, descriptive-cross-sectional and correlational study conducted with 139 older adults in a local health institution, using simple random probabilistic sampling through interview and application of the family Apgar and Yesavage scale. Data were analyzed using the SPSS v.22 program through descriptive and inferential statistics.

Results: average age 68.14 years, female predominance 63%, with primary education 87%; 80% with absence of depressive symptomatology, 81% under a normofunctional family environment.

Conclusion: there is a relationship between both variables ($p = 0.01$).

Key words: family functionality, depression, elderly, public health.

Citación: Rodríguez-Tovar G. L., Medrano-Martínez M., Castro-García R. I., Rivera-Vázquez P. *Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria*. Rev Enfer Neurol 2018;17(2):pp 33-41.

* Correspondencia: Patricia Rivera Vázquez.
Correo electrónico: pattyri@live.com.mx

¹Licenciada en Enfermería. Hospital General de Cd. Victoria “Dr. Norberto Treviño Zapata”.

²Maestra en Ciencias de la Salud. Docente de Tiempo Completo Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Tamaulipas Campus Victoria

²Maestra en Ciencias de Enfermería. Docente de Tiempo Completo Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Tamaulipas Campus Victoria

^{1,2} Maestra en Ciencias de la Salud. Enfermera Especialista Hospital General de Cd Victoria “Dr. Norberto Treviño Zapata”. Docente de Tiempo Completo Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Tamaulipas Campus Victoria

Recibido: 3 de enero de 2018

Aceptado: 30 de abril de 2018



Resumen

Introducción: la familia es el grupo fundamental para incrementar el estado de salud de los adultos mayores, ya que promueve el bienestar y el desarrollo psicoemocional en los cuales la depresión es considerada como problema de salud pública pues involucra no sólo la intervención familiar sino también la del sector salud.

Objetivo: determinar la relación que existe entre depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor que acude a una unidad de salud de segundo nivel de atención en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

Material y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo-transversal y correlacional realizado con 139 adultos mayores en una institución de salud de la localidad mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, a través de entrevista y aplicación del Apgar familiar y escala de Yesavage. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS v.22 a través de estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: edad promedio 68.14 años, predominio femenino 63%, con escolaridad primaria 87%; 80% con ausencia de sintomatología depresiva, 81% bajo un entorno familiar normofuncional.

Conclusión: si existe relación entre ambas variables ($p=0.01$).

Palabras clave: *funcionalidad familiar, depresión, adulto mayor, salud pública.*

Introducción

El aumento de la población de adultos mayores es sinónimo de vulnerabilidad, en México se detectó que en 7.4 millones de hogares mexicanos al menos un miembro de la familia es mayor de 60 años, esto dando un total de 26.9 millones de adultos mayores desarrollándose dentro de un entorno familiar.¹

Por lo que, la familia es el grupo fundamental para incrementar el estado de salud de las poblaciones, en este caso del adulto mayor. La funcionalidad familiar debe ser abordada considerando sus diferentes dimensiones como la dinámica interaccional, comportamiento efectivo, capacidad de enfrentar los cambios y el desarrollo de sus integrantes según las exigencias de cada etapa de

la vida, desde la edad infantil hasta la vejez.²

Si tomamos en cuenta, que la funcionalidad familiar adecuada promueve el bienestar y el desarrollo psicoemocional. Hoy en día, las muestras de afecto y comunicación familiar se ven reemplazadas por conductas negativas donde los integrantes eligen pasar el tiempo frente a aparatos tecnológicos. Estas conductas acarrear fuertes crisis llevando a sus componentes a un desenlace de disfuncionalidad familiar.^{3,4} Lo que, a su vez favorece que en el proceso de envejecimiento se genere un deterioro físico y mental en el ser humano, en esta etapa la familia es considerada como la principal fuente de apoyo directo; co-

nocida también como red primaria, se ha visto que adultos mayores que no tienen este soporte familiar tienen mayores índices de mortalidad, alteraciones cognitivas y depresión. Si bien, esta etapa no es una enfermedad, si implica una disminución de la autonomía y capacidad funcional.⁵

La prevalencia de depresión oscila entre el uno y 3%, mientras que su sintomatología es mucho mayor al presentarse en promedio entre un 10 y 50%. Debido a la magnitud de este trastorno, la depresión es calificada como un problema de salud pública que involucra no sólo la intervención familiar sino también la del sector salud.^{6,7} Siendo esto importante para enfermería que establece sus diagnósticos e intervenciones con base a esas respuestas humanas; si analizamos los problemas depresivos vemos que causan 800 mil suicidios cada año, en muchos casos la detección y tratamiento no se hicieron con oportunidad.⁸

En México, se ha demostrado que la depresión está manifiesta en el 11.6% de los adultos mayores, en consecuencia, el entorno del hogar juega un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos, especialmente en las mujeres a pesar de recibir apoyo de su familia, existen casos donde se perciben situaciones familiares generadoras de estrés; los hijos son el principal generador, por consiguiente, es importante averiguar sobre el *status* familiar y abordar desde este aspecto.⁹⁻¹³

Al respecto, hay estudios de pacientes que dan a conocer las causas de la depresión, quienes provienen de familias disfuncionales y sólo una minoría tiene depresión leve a moderada, se hace énfasis en aquellos sujetos pertenecientes a familias caóticas disfuncionales, pues presentan una tendencia mayor a trastornos depresivos ya establecidos¹⁴⁻¹⁶, los adultos mayores que se encuentran inmersos en un ambiente familiar cohesivo, reducen su sintomatología depresiva.¹⁷

Por tal motivo, esta investigación pretende

describir la relación que existe entre funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores que acuden a una unidad de salud de segundo nivel de atención en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Cimentada en la teoría de Hildegard Peplau de enfermería psicodinámica, en esta resalta la dinámica de interacción entre enfermera e individuo (en este caso adulto mayor) para lograr el mayor grado de desarrollo personal para él.¹⁸⁻²⁰

Material y métodos

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal y correlacional realizado con una población de adultos mayores considerando como criterios de inclusión ser pacientes con tratamiento ambulatorio, sin alteraciones cognitivas o físicas que acuden al hospital con disposición para participar corroborándolo con su firma y nombre en el consentimiento informado. Se trabajó con 139 pacientes resultado de cálculo para poblaciones finitas, tomando como porcentaje de error del 6%, confiabilidad del 85% durante el 1º febrero al 31 de julio 2016. Mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de entrevista con una duración promedio de 20 minutos, utilizando 2 instrumentos: el Apgar familiar, que valora el estado de la funcionalidad familiar, con 5 preguntas con puntuaciones de 0 a 2 en cada ítem. En su sumatoria 0 a 3 puntos hace evidencia a familia gravemente disfuncional, 4 a 7 medianamente disfuncional y de 8 a 10 normofuncional. Diseñado por Smilkstein²¹ en 1978. Para valorar el estado de depresión se utilizó la escala de Yesavage en su versión de 15 ítems con respuesta dicotómica y un valor de 1 ó 0 puntos. Las preguntas: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 son de carácter negativo; es decir, al contestarlas de manera afirmativa se

asigna el valor de 1 y hay inclinación por sintomatología depresiva. En las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 al contestar de modo afirmativo se asigna valor de 0 y hay inclinación a una actitud más positiva y satisfactoria. Se finaliza con la sumatoria de puntos estableciendo que de 0 a 4 puntos la persona obtiene un diagnóstico normal y mayor de 5 puntos empieza una sintomatología depresiva.²²

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico *Statics Program for Social Science* (SPSS) V.22 mediante estadística descriptiva e inferencial.

Resultados

Al término de la investigación se encontró que los pacientes adultos mayores se caracterizaron por estar en el rango de 60 a 71 años, media de 68.14 años, una mediana de 67, moda de 60 años, de 6.15, en su mayoría del género femenino en un 63% (88), con escolaridad primaria 87% (121), casados 70% (97) de los participantes (tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores estudiados

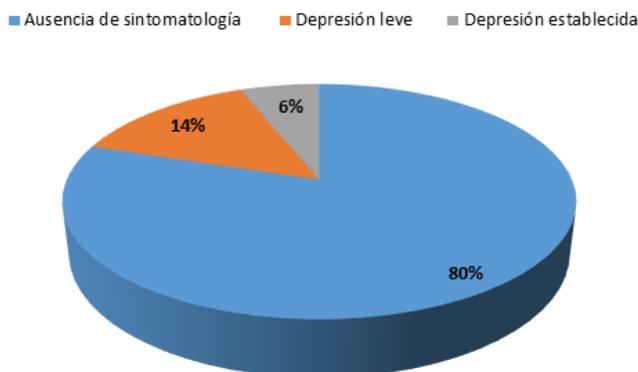
VARIALES	Nº. CASOS	
Edad	60-67 años	71
	68-75 años	51
	76-83 años	13
	Más de 84 años	4
Género	Femenino	87
	Masculino	52
Escolaridad	Analfabeta	11
	Primaria	87
	Secundaria	18
	Preparatoria/técnica	11
	Licenciatura	12
Estado civil	Sin pareja	29
	Con pareja	110

Fuente: Cédula de datos personales

n= 139

La escala de Yesavage mostró 111 casos (80%) con ausencia de sintomatología depresiva 20 (14%) depresión leve, y 8 (6%) con depresión establecida (gráfica 1) 12% no estaban satisfechos con su vida. Sesenta y ocho sujetos (49%) refiere que realiza las mismas actividades de costumbre aunque sienten como principal causa la falta de energía. Respecto a la sensación de que su vida está vacía 32 personas (23%) indican sentimientos de vacío en su vida. Sobre su estado de ánimo que manejan a menudo 108 sujetos (78%) refirieron un buen estado de ánimo constante mientras que 31 (22%) refirieron manejar un estado de ánimo negativo por cuestiones de inseguridad cuando están fuera de casa.

Gráfica 1. Resultados escala de Yesavage de adultos mayores estudiados



Fuente: Escala de Yasavage

n= 139

Al preguntarle sobre sentirse feliz, 122 casos (88%) mencionan un estado de felicidad y optimismo constante, mientras 17 (12%) se refirió un mayor estado de pesimismo y desgano. En el tema de abandono 116 personas (83%) citan sentirse incluidos y tomados en cuenta por las demás personas mientras que en 23 (17%) revelan sentimientos de desapego y falta de atención por parte de la sociedad y su familia.

Sobre su preferencia de quedarse en casa o salir 86 (62%) casos mencionan sentirse atraídos por la idea de salir de casa en caso de disponer del tiempo y los medios para hacerlo, mientras que en 53 (38%) mostraron desinterés con la idea de salir de casa prefieren quedarse en ella el mayor tiempo posible.

Al preguntar sobre problemas de memoria 116 (83%) personas refirieron no sentir tener más problemas que el resto, mencionan sólo olvidar cosas de forma ocasional o muy poco; mientras tanto 23 (17%) revelan tener problemas de memoria tan agudizados al grado de sentirse en desventaja con otras personas.

En el estudio 129 personas (93%) expresan sobre el hecho de vivir como algo maravilloso, solamente 10 (7%) refirieron el verbo vivir con

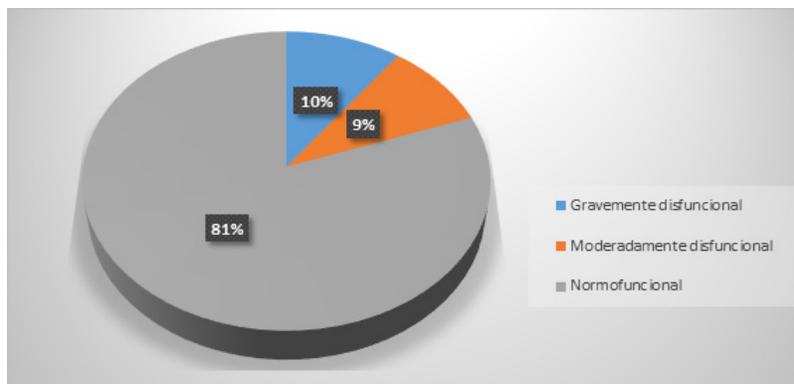
sentimientos de negatividad y algunos de ellos con deseos de morir y episodios con intentos de suicidio. Respecto a la dificultad para iniciar nuevos proyectos en 111 casos (80%) se encontró que los sujetos no manifiestan alguna dificultad para llevar a cabo proyectos en su vida mientras que en 28 (20%) informan sí tenerla.

Un 72% de los casos (100 personas) expresaron sentirse aún con buen nivel de energía física para la realización de actividades mientras que en un 28% (39) comentó estar muy limitado para realizar actividades.

En cuanto a los sentimientos de desesperación 20% de los casos (28) refirió sentirse en una situación desesperante en el momento de la obtención de datos, principalmente haciendo referencia a problemas de salud o en el entorno familiar. Sin embargo, el 80% de los casos (111) comentó no tener motivos para sentirse desesperado.

Al evaluar la funcionalidad familiar mediante la escala de Apgar familiar se encontró que el 81% de los casos (112) se encuentra bajo un entorno familiar normofuncional, un 9% (13) en una disfuncionalidad moderada y el restante 10% (14) se encuentra en una familia gravemente disfuncional (gráfica 2).

Gráfica 2. Funcionalidad familiar de pacientes adultos mayores estudiados



Fuente: Apgar familiar

n= 139

Al analizar los ítems de la escala encontramos que 99 personas (71%) refirieron mantener el hábito de dialogar los problemas dentro del contexto familiar en busca de acuerdos, 26 (19%) indican que sólo lo dialogan en algunas ocasiones, mientras que 14 (10%) manifestaron casi nunca establecer el diálogo familiar para la resolución de los mismos.

En el 73% de los casos (101) se menciona que las decisiones importantes se tomaban casi siempre en conjunto o tomando en cuenta la opinión del núcleo familiar, en 23 (16%) este hábito sólo se da algunas veces, y en 15 casos (11%) casi nunca se acostumbra tomar las decisiones importantes en el conjunto familiar.

Respecto a la satisfacción con el tiempo que pasa en familia 93 casos (67%) refirieron sentirse casi siempre satisfechos con el tiempo que la familia dedicaba a la convivencia, en 40 (29%) sólo a veces se sentían satisfechos mientras que en los restantes 6 (4%) casi nunca reflejaban satisfacción por la convivencia en familia.

En 117 casos (84%) los adultos mayores manifestaron sentirse siempre o casi siempre queridos por su familia, mientras que en 18 (13%) refi-

reron sentirse amados sólo a veces o únicamente por algunos integrantes de la familia. Por último, sólo 4 (3%) concluyeron casi nunca sentirse queridos o valorados en el entorno familiar.

Posterior al análisis de las variables de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en tablas de contingencia con pruebas de Chi cuadrada de Pearson se obtiene un valor de $p=0.01$ por lo tanto, se establece que si existe relación entre ambas variables.

Discusión

Posterior al análisis de las variables de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores se obtiene un valor de $p=0.01$. Tomando en cuenta que un valor igual o menor a 0.05 en P. de Pearson refleja una correlación de variables, se establece entonces que la depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor se encuentran relacionadas. Contrario a los resultados de este estudio, Saavedra-González, *et al.*, en el 2015¹⁰ donde no se estableció relación cuadrática entre la funcionalidad familiar y depresión. En esta

investigación se encontró que las familias de tipo nucleares ejercen un mayor grado de protección hacia la disfuncionalidad. Mientras que en otro estudio realizado en México sustenta su base de relación entre depresión y funcionalidad familiar.⁴ En esta investigación, se separaron los resultados para hombres y mujeres y en ambos se encontró una correlación estrecha entre las variables de depresión y funcionalidad familiar dando como resultado $p=0.01$ tanto en género masculino como femenino. En su análisis los hallazgos de depresión fueron más recurrentes, en el género masculino se encontró una prevalencia del 47.2% y en las mujeres 51.9%, mientras que en este escrito la prevalencia de depresión establecida en hombres fue de 5.7% y en mujeres 5.8%. En ambos estudios se ha concluido que los síntomas depresivos son más frecuentes en el género femenino.¹⁶ Algunos autores sostienen que existe relación entre depresión y cohesión familiar. Respecto a la variable de depresión geriátrica convergen una relación entre ésta y el nivel de escolaridad ($p=0.002$), siendo las personas con educación primaria quienes obtuvieron mayor puntaje depresivo en comparación con aquellas que estudiaron hasta niveles superiores.¹⁷ Al igual que en esta investigación estos autores concluyen que la funcionalidad familiar va relacionada con sentimientos antidepresivos encontrando una correlación positiva. ($p=0.001$). Amparan su teoría hallando una correlación ahora de manera negativa entre la depresión y la poca cohesión familiar (-0.274 ns).

De esta manera, los hallazgos en la investigación de Torres¹⁴ mostraron una relación estadísticamente significativa entre las variables de depresión y funcionalidad familiar ($p=0.02$). Así como en este estudio, fue mayor el porcentaje de familias funcionales (75%), es significativa la ausencia de síntomas depresivos (69%). Compar-

ten otras características demográficas como una importante participación por el género femenino (61%) y la educación primaria como el nivel de escolaridad con más frecuencia (41%).

Contrario a estos resultados,²⁴ se concluye la inexistencia de una asociación entre depresión y funcionalidad familiar. En los casos estudiados obtuvieron un resultado de correlación negativa de $p=0.08$. Ellos encuentran una mayor asociación de la sintomatología depresiva con factores como la edad ($p=0.01$) y el estado civil de viudez ($p=0.007$). En esta investigación no se tuvo inclinación hacia un género en frecuencia a la depresión, afecta a hombres y mujeres del mismo modo. Sólo el 29.4% de los casos dieron positivo a la disfunción familiar moderada y 7.3% a la disfuncionalidad severa. Estos autores asociaron también la depresión con la edad ($p=0.01$), el promedio de edad de deprimidos fue de 71.1 años y de los adultos que carecían de estas características fue de 69 años, sin diferencias por género.

Como sustento a los resultados de esta investigación,^{17, 21} se señala una estrecha correlación entre la depresión y la dinámica familiar ($p=0.01$). Para ello, el ambiente familiar lo dividieron en dos factores: la comunicación y la cohesión familiar. Lo que confirma, en esta investigación al considerar también a la familia como el principal apoyo vital del ser humano en la etapa de la vejez. Sin duda, un ambiente familiar óptimo prolonga el tiempo de vida y la calidad de ésta.

Conclusión

Sí existe relación entre las variables de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en tablas de contingencia con pruebas de chi cuadrada de Pearson se obtiene un valor de $p= 0.01$, por lo tanto, se establece que existe una relación entre ambas variables.

Hay una relación de la funcionalidad familiar y sintomatología depresiva esta relación no es siempre condicionante. Hubo casos aislados donde a pesar de las dificultades familiares, las personas optaban por alternativas para mejorar su estado de ánimo como la actividad física habitual. Se encontraron casos donde a pesar de haber obtenido un puntaje de Apgar familiar óptimo; el estado de depresión estaba presente pues puede ser causa de una deficiencia neurotransmisora u otros factores biológicos.

Por lo que, la valoración integral en el AM debe incluir una evaluación a su estado cognitivo y detectar aquellas afecciones que generen un deterioro en sus funciones y su forma de pensar. Es preponderante detener la falsa idea sobre el mal estado de ánimo, es propio del AM, que el declive de sus funciones y habilidades sea visto con normalidad en la etapa de envejecimiento. 🧠

Referencias

1. **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014)**. Recuperado de: <https://bit.ly/1kSHSEg>
2. **Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba Mary**. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Rev Med Hered* [Internet]. 2013 [citado 2017 Dic 11]; 24(1):12-6. Recuperado de: <https://bit.ly/2UXefGu>
3. **Castellón S, Ledesma E**. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus. Cuba, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales* [Internet]. Julio 2012. Recuperado de: <https://bit.ly/2Y4MAVL>
4. **Mendoza-Solis L, Soler-Huerta E, Saíenz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C**. Análisis de la dinámica familiar y funcionalidad familiar en la atención primaria. *Arch Medicina Familiar* [Internet]. 2006;8(1):27-32. Recuperado de: <https://bit.ly/2WjXRkx>
5. **Villarreal Amarís Gloria, Month Arrieta Edalcy**. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelajo (Colombia). *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2012 junio [citado 2017 dic 11]; 28(1):75-87. Recuperado de: <https://bit.ly/2Wmitc7>
6. **Hernández Z, Vázquez J, Ramo A**. Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención al psicólogo. *Revista electrónica medicina, salud y sociedad* [Internet]. 2012;3(1):1-27. Recuperado de: <https://bit.ly/2Y5zd7M>
7. **Agudelo-Vélez DM, Lucumi LM, Santamaría-Quiroga Y**. Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2008; 4(10):59-83. Recuperado de: <https://bit.ly/2VgAI6b>
8. **Organización Mundial de la Salud**. Depresión. (2016). Disponible en: <https://bit.ly/1xq3zR6>
9. **Ruíz D, Zegbe J, Sánchez-Morales F, Catañeda-Iñiguez M**. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de educación y desarrollo* [Internet]. 2014;1(1):73-8. Recuperado de: <https://bit.ly/2PKrMAf>
10. **Saavedra-González A, Rangel-Torres S, García-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández, Y, Infante-Sandoval A**. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención familiar* [Internet]. 2016; 23(1):24-8. Recuperado de: <https://bit.ly/2V1jAwX>

11. **Llanes H, López Y, Vázquez J, Hernández R.** Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor [Internet]. 2015;21(1):65-74. Recuperado de: <https://bit.ly/2eSEwUh>
12. **Castellano C.** La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Inter J Psychol Psycholog Ther* [Internet]. 2014;14(3):365-77. Recuperado de: <https://bit.ly/2DI1DwP>
13. **Guadarrama J.** Condiciones familiares en los adultos mayores con diagnóstico de depresión en la Unidad de medicina familiar No. 222 del IMSS. 2014. Recuperado de: <https://bit.ly/2VaC5mQ>
14. **Torres I.** Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores [Internet]. 2012. Recuperado de: <https://bit.ly/2GRHk0U>
15. **Bustos I, Sánchez J, Ulloa M.** Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar. Universidad de la Sabana [Internet]. 2011. Recuperado de: <https://bit.ly/2UZMpt4>
16. **Escalona B, Ruiz AO.** Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2016;24(1):38-46. Recuperado de: <https://bit.ly/2H3LUKZ>
17. **Flores-Pacheco S, Huerta-Ramírez Y, Herrera-Ramos O, Alonso-Vázquez OF, Calleja-Bello N.** Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *J Beh, Health Social Issues* [Internet]. 2011;3(2):89-100. Recuperado de: <https://bit.ly/2VEJzOB>
18. **Blanco K.** Apoyo emocional de la enfermera según teoría de Peplau en el usuario ambulatorio continuador de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. *URP* [Internet]. 2012;16-9. Recuperado de: <https://bit.ly/2G7kLcd>
19. **Von F, Gómez R, González M, Rojas A, Vargas L, Von C.** Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chilena Neuro-psiquiatría* [Internet]. 2011;49(4):331-7. Recuperado de: <https://bit.ly/2JdWQa0>
20. **Zavala-González M, Domínguez-Sosa G.** Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría* [Internet]. 2010;2 (1):41-8. Recuperado de: <https://bit.ly/2IXcOhL>
21. **Quintero Á, Henao ME, Villamil MM, León J.** Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica* [Internet]. 2015;35(1):90-100. Recuperado de: <https://bit.ly/2VFB05V>
22. **Martínez A, Pastrana E, Rodríguez-Orozco A, Gómez C.** Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2009;137(2):1642-3. Recuperado de: <https://bit.ly/2DMYM69>

Instituto Nacional de Neurología y | Revista de
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez | Enfermería Neurológica





Neuropsychological disorders and higher executive functions in teens of parents with alcoholism, seen from the Roy Adaptation Model

Alteraciones neuropsicológicas y funciones ejecutivas superiores en adolescentes de padres con alcoholismo, vistos desde el modelo de adaptación de Roy

 Jorge Emmanuel Mejía Benavides,  María de Lourdes García Campos,  Vicente Beltrán Campos

Abstract

Alcoholism by parents is closely linked to causing cognitive alterations to both the person dependent on the substance and the people with whom he lives daily, there are cognitive skills of a superior type called executive functions, which regulate the complex actions of the Being human to carry a socially accepted behavior, these functions develop in adolescence, stage in which the brain reaches its size equal to that of the adult and therefore, its maturity. Callista Roy developed a model of the cognitive process based on the functional units of the brain, which is based on the knowledge of neuroscience and observations in nursing practice, in which he mentions the executive functions and the changes suffered by the patient teen.

Keywords: executive functions, family, adolescent, Roy adaptation model.

Citación: Mejía-Benavides J. E., García-Campos M. L., Beltrán-Campos V. *Alteraciones neuropsicológicas y funciones ejecutivas superiores en adolescentes de padres con alcoholismo, vistos desde el modelo de adaptación de Roy.* Rev Enfer Neurol 2018;17(2):pp 43-51.

* Correspondencia: Jorge Emmanuel Mejía-Benavides.

Correo electrónico: je.mejiabenavides@ugto.mx

Departamento de Enfermería y Obstetricia,
División de Ciencias de la Vida
Campus Irapuato-Salamanca Sede Tierra
Blanca, Universidad de Guanajuato, México

Recibido: 30 de octubre de 2017

Aceptado: 30 de marzo de 2018



Resumen

El alcoholismo por parte de los padres está estrechamente ligado a causar alteraciones cognitivas tanto a la persona dependiente de la sustancia como a las personas con las que convive éste todos los días, existen habilidades cognitivas de tipo superior llamadas funciones ejecutivas, las cuales regulan las acciones complejas del ser humano para llevar una conducta social aceptada, dichas funciones se desarrollan en la adolescencia, etapa en la cual el cerebro alcanza su tamaño igual al del adulto y por ende, su madurez. Callista Roy desarrolló un modelo del proceso cognitivo basado en las unidades funcionales del cerebro, se fundamenta en el conocimiento de la neurociencia y las observaciones en la práctica de enfermería, hace mención de las funciones ejecutivas y los cambios que sufre el adolescente.

Palabras clave: funciones ejecutivas, familia, adolescente, modelo de adaptación de Roy.

Introducción

En la actualidad, la adicción al alcohol es un fenómeno importante en la sociedad contemporánea que conduce a graves consecuencias a nivel individual, familiar y social.^{1,2} Es sabido que dentro del seno familiar se generan hábitos de los cuales dependerá el desarrollo y la adaptación del adolescente al entorno en donde se desenvuelve, los hijos de consumidores de alcohol son más propensos a desarrollar alteraciones psicológicas y de comportamiento, que los coloca en alto riesgo de manifestar desórdenes durante la adolescencia tales como efectos negativos de adaptación a corto y largo plazo.

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades que causan adicción, el consumo en exceso, conlleva una pesada carga social y económica.³ El uso excesivo hace a la persona cada vez más dependiente, ocasiona trastornos de personalidad y afectaciones de conciencia, pueden presentar pesadillas, depresión con ideas

o actos suicidas, desorientación, distractibilidad, alucinaciones táctiles y visuales, delirios, mal humor, paranoias, demencia y egocentrismo.⁴

El alcoholismo figura entre los diez principales problemas de salud pública en el mundo, por lo que su consumo en México se caracteriza por un alto índice de morbimortalidad. El alcohol tiene una larga historia de abuso y necesidad; se estima que el 30% de la población de 18 a 65 años muestra dependencia.² La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que cuando un país tiene un ingreso económico más elevado, tiende a consumir más alcohol que uno de bajo ingreso. El 16% de los consumidores de 15 años o más, cuentan con episodios de consumo excesivo de alcohol a nivel mundial.⁵ El consumo de alcohol a nivel mundial durante el 2010 fue igual a 6.2 litros consumido por persona de 15 años o más, lo que se convierte en 13.5 gramos por día. Una cuarta parte del consumo corresponde al 24.8%,

adquirida de manera ilegal y el 50.1% a nivel mundial, es ingerido mediante bebidas espirituales⁵, es decir, aquellas bebidas con contenido alcohólico de menos del 15% proveniente de la destilación de cereales, frutas, frutos secos y otras materias primas principalmente agrícolas.⁶

En América Latina, entre el 4 y 24% de la población adulta está afectada por el consumo excesivo de esta sustancia y se estima que existan en promedio 30 millones de alcohólicos⁴. En México en el 2009, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, reportó que el alcohol fue la droga de inicio más reportada con 49.1% con base a información de 29 417 personas de un total de 70 467 que acudieron a tratamiento, de los cuales 39% eran personas de 35 años y más, 16.8% de 15 a 19 años. En varones el 40.7% tienen al alcohol como droga de primer impacto, mientras que las mujeres fue el 53%.⁷

Problemas neuropsicológicos de los adolescentes como consecuencia del consumo de alcohol en los padres

Durante la adolescencia la familia juega un papel muy importante en temas de adicciones y conductas adictivas a las cuales puede estar expuesto el individuo; sin embargo, el adolescente no tiene la confianza de platicar dichos temas con los integrantes de la familia y prefiere contarlos a sus pares o amigos, esto no siempre es la mejor elección.

El ambiente en el seno de la familia con un padre o madre con alcoholismo se caracteriza por una serie de carencias que afectan el crecimiento intelectual y emocional de los hijos tales como autoestima frágil o síntomas psicopatológicos o trastornos mentales en la edad adulta.⁹ Los problemas de alcoholismo pueden incrementarse al verse influenciados por los patrones de consumo de las familias. De acuerdo con la Academia de

Niños y Adolescentes de los Estados Unidos de Norteamérica, los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de convertirse en alcohólicos. Cabe mencionar que la mayoría de los hijos de alcohólicos han experimentado cierta forma de abandono o abuso.¹⁰

El buen funcionamiento familiar posibilita la adaptación a cambios propios del adolescente y se ha relacionado con la estructura de la familia; la familia de tipo nuclear sería la más preparada para afrontar los cambios en cada fase del ciclo vital.¹¹ Los sistemas familiares funcionales crean condiciones para unas actividades parentales apropiadas y tienen su sustento en los modelos de funcionamiento de la familia¹² y estas juegan un papel fundamental en la crianza de los hijos, el apoyo que les brindan los padres, contribuye a que crezcan sanos y tengan un menor riesgo de presentar problemas durante la adolescencia.¹³

Existe evidencia de que el consumo de alcohol puede causar alteraciones a nivel cerebral, como la pérdida de neuronas de la corteza prefrontal (CPF) en un alto grado.¹⁴ Los hijos de las personas que consumen alcohol son más propensos a desarrollar problemas psicológicos o de comportamiento, y por consecuencia están en riesgo alto de experimentar problemas durante la adolescencia, teniendo efectos negativos sobre la adaptación a corto y largo plazo.¹⁵

Características psicológicas del adolescente

La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años¹⁶, biológicamente se define como la transición física marcada por el inicio de la pubertad y la terminación del crecimiento físico, cognitivo, los cambios en la capacidad de pensamiento abstracto y multidimensional o social de

preparación para asumir el papel de adultos¹⁷, se caracteriza por una serie de cambios físicos que transforman al niño hasta la madurez física del cuerpo.¹⁸ Durante la adolescencia, el desarrollo psicosocial normal tiene características específicas que pueden ser los determinantes sociales y culturales en los que se encuentra inmerso el adolescente, los factores biológicos como el desarrollo cerebral y las conductas propias de esta edad son un proceso voluble referente al crecimiento y desarrollo biopsicosocial de las personas.¹⁹ El adolescente se puede considerar una persona vulnerable, dado los diversos cambios físicos, psicológicos y sociales de esta etapa de vida.

Los cambios que tienen los adolescentes en la forma que procesan la información se refleja en la madurez de los lóbulos frontales del cerebro, la capacidad de pensamiento abstracto conlleva implicaciones emocionales y la experiencia juega un papel importante en la determinación de cuales conexiones neuronales se atrofian y cuáles se fortalecen.²⁰ Las operaciones formales son un nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, donde los adolescentes perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto el cual aún es inmaduro²¹ y puede que sea competente de utilizarlo al realizar sus obligaciones, pero no al afrontar una dificultad personal.²² No obstante, muchos adolescentes se pueden adelantar al razonamiento abstracto y puede formular juicios morales complejos y realizar planes un poco más realistas para su futuro,²⁰ teniendo la capacidad de resolver problemas para superar las dificultades.²³

Funciones ejecutivas superiores (FES)

La parte del cerebro propia de las funciones cognitivas es la CPI^{24,25} y la principal base neuroanatómica de las funciones ejecutivas son los lóbulos frontales, mediante la cual se sustenta la

funcionalidad, adaptabilidad de los procedimientos especializados que conjugan la resolución de tareas complejas.²⁶ Los lóbulos frontales están interconectados mediante uniones corticales, subcorticales y sitios del tronco cerebral que se deben comprender como un aspecto de un sistema ejecutivo que implica estructuras del sistema nervioso central (SNC).²⁷ El lóbulo frontal en relación con las funciones ejecutivas engloba una gran parte de la corteza cerebral y la modificación de las funciones ejecutivas se ve influenciada en el ámbito cognitivo-conductual de cada individuo, encaminadas a inferir en las habilidades para la vida y la función psicosocial.²⁸

Las FES son un constructo donde se agrupan habilidades cognitivas implicadas en el pensamiento, atención, movimientos, supervisión, regulación, ejecución y el ajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos como la toma de decisiones, inhibición de respuesta y solución de problemas.^{11,14,26,27,29,30} La capacidad principal de las funciones ejecutivas es la habilidad temporal de organizar el comportamiento y el lenguaje.²⁵

FES y sus relaciones con la crianza y el consumo de alcohol

El consumo de alcohol influye en el SNC causando cambios en el estado de ánimo, trastornos cognitivos, aumento de la impulsividad y agresividad, lo que puede contribuir a una deficiente crianza de los hijos y un mayor riesgo de violencia, consumo de sustancias, problemas de salud mental y bajo rendimiento académico.³¹

El sistema familiar es el escenario donde el individuo inicia su desarrollo, por tal motivo crece rodeado de figuras de mayor influencia como sus padres, hermanos o abuelos, de quienes aprende habilidades, competencias y destrezas de

interacción que deberán capacitarle para afrontar los diversos retos que presenta la vida⁹. El factor principal que interviene en el comportamiento de los adolescentes es sin lugar a duda la relación que existe entre padres e hijos; asimismo, fomentan habilidades para que desarrollen relaciones sociales positivas.³²

Los sistemas familiares funcionales crean condiciones para el adecuado funcionamiento parental y tiene su sustento en los modelos de funcionamiento de la familia¹², las cuales juegan un papel fundamental en la crianza de los hijos, el apoyo que les brindan los padres contribuye a que crezcan sanos y tengan un menor riesgo de tener problemas en la adolescencia.¹³ La percepción de crianza parental y la edad de inicio del consumo de alcohol, está relacionada positivamente, es decir; si la percepción de crianza es menor, la edad de inicio también será menor.³³ Existe evidencia, sobre los hijos de alcohólicos que muestran mayor tendencia a buscar la novedad, toma de riesgos y ser más impulsivos, es decir; las funciones ejecutivas en hijos de consumidores de alcohol indican menor rendimiento a nivel cognitivo.³⁴

Resiliencia y afrontamiento del adolescente

El interés de explicar la forma en que el ser humano afronta las experiencias adversas a lo largo de la vida ha tomado una gran fuerza en los últimos años, las influencias familiares y socio-ambientales forman parte de las *experiencias adversas en la infancia* (ACEs por sus siglas en inglés) dentro de las cuales se incluyen consumo de drogas por parte de los padres, pobreza, vecindario o violencia doméstica, y no sólo los sucesos dañinos del abuso emocional, físico o sexual al niño y la posibilidad de tener efectos negativos de salud en la etapa adulta.^{35,36} En lo referente a la resiliencia en niños, el contar con

padres o cuidadores competentes es un factor que colabora en un adecuado afrontamiento a las circunstancias³⁷, por consiguiente, las habilidades cognitivas facultan a una persona para adaptarse y alcanzar mayores niveles de integración dentro de él mismo y con la sociedad.³⁸

Factores intrínsecos y extrínsecos que afectan las FES

Se ha demostrado que se sabe poco acerca de cómo los niños son afectados por el consumo de alcohol por parte de los padres^{39,40}. Un factor fundamental en el desarrollo socioemocional de los niños es la paternidad, las alteraciones en dicho desarrollo se asocian con problemas de adaptación, de un mayor riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo y de comportamiento.⁴¹ Cuando se afecta el SNC existen cambios en todos o algunos dominios del proceso cognitivo y déficits relacionados a la habilidad de las personas ocurren dentro del dominio de alerta, atención, sensación y percepción; que son los mecanismos de entrada dentro del proceso cognitivo.³⁸ Tirapú en su modelo del sistema cognitivo, hace mención de tres componentes básicos: entrada de información (sensorial y perceptual), sistema comparador (anticipación, selección de objetivos y elaboración de planes) y el sistema de salida (comprende la autoconciencia y la autorreflexión).²⁹

Recomendaciones para el afrontamiento, vistas desde el modelo de adaptación de Roy

Para comprender la adaptación en los seres humanos existen diversas teorías propias de enfermería que hablan del tema, una de ellas es presentada por Sor Callista Roy, se centra en el concepto de adaptación de la persona.

Según Roy, los sistemas humanos adaptativos son complejos y multifacéticos, reaccionan ante millones de estímulos del entorno donde se desenvuelven, mediante mecanismos de afrontamiento para adaptarse a las situaciones que se les presentan, esta capacidad de adaptación a los estímulos del entorno puede crear cambios a su alrededor para su bienestar.⁴² Roy afirma que el contacto con los estímulos del ambiente activa 2 subsistemas de afrontamiento, uno es el cognitivo y otro es el regulador. El cognitivo responde a través de cuatro canales cognitivo-emocionales: 1. Proceso de la información perceptiva (atención selectiva, codificación y memoria), 2. Aprendizaje, 3. Criterio y 4. Emoción.⁴³ En este contexto, los estímulos focales del adolescente se ven relacionados desde el momento en que cuenta con un padre con adicción al alcohol, éstos actúan de manera inmediata y directa en el adolescente generándole ACEs, lo que puede conducir a desarrollarle comportamientos dañinos o negativos para la salud. Por otro lado, la etapa de vida del adolescente, tipo de relación familiar, maltrato que pueda vivir, la presión de grupo o relaciones con pares, el hecho de desenvolverse en una cultura específica, así como los recursos económicos disponibles y nivel educativo, forman parte de los estímulos contextuales, mismos que juegan un papel importante al estar evidenciados en la situación que viven los adolescentes.

Para Roy, el proceso de afrontamiento cognitivo está enmarcado en la consciencia, para los seres humanos el procesamiento de la información está detallado en tres etapas: entradas, procesos centrales y salidas, de esta forma; Roy desarrolló un modelo de los procesos cognitivos basados en tres unidades funcionales del cerebro: primera: regula la alerta, atención, sensación y percepción; segunda: la codificación, formación de conceptos, memoria y lenguaje, y tercera:

regula la planificación y respuesta motora,^{43,44} el subsistema cognitivo actúa a través de la reacción que tiene el adolescente por medio de los canales que implican el procesamiento de la información perceptiva, aprendizaje, criterio y emoción, viéndose reflejado mediante la alteración de la fluidez y flexibilidad para la ejecución efectiva de los planes de acción.

Consideraciones

Así, desde su descubrimiento realizado por Luria, los avances en el tema de las FES, han dado nuevos datos sobre el funcionamiento del cerebro,³⁸ siendo la definición propuesta por ella, la cual en su mayoría es el término que se utiliza. De esta forma, la atención temprana a diferentes alteraciones ocurridas durante la etapa adolescente, pueden prevenir consecuencias negativas a los individuos.

Conclusión

El adolescente, como una persona que puede adaptarse a las situaciones, con capacidad de resiliencia, debe abordarse desde todas sus esferas, por tal motivo es de vital importancia tener el conocimiento de lo que ocurre con los adolescentes y su familia a nivel cerebral, dado que el personal de enfermería puede idear con base a la evidencia científica existentes intervenciones específicas para la problemática que ocurre en la sociedad, y así poder contribuir con ella; actuar de manera oportuna para prevenir los daños que ocasiona en las familias, y así ser capaz de apoyar para tener una sociedad sana, responsable, capaz y con un mejor futuro para toda la población.

Agradecimientos

A los doctores: María de Lourdes García-Campos y Vicente Beltrán-Campos por la revisión y redacción del manuscrito. Asimismo, a la Universidad de La Sabana, Chía Cundinamarca, Colombia y Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, México donde se realizó esta investigación. 🌐

Referencias

1. Ciubară A, Burlea SL, Săcuiu I, Radu D, Untu I, Chiriță R. Alcohol addiction-a psychosocial perspective. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2015;187:536-40. Disponible en: doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.100
2. Rojas E, Real T, García-Silberman S, Medina-Mora ME. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Sal Ment* [Internet]. 2011;34(4):351-65. Disponible en: https://bit.ly/2H500vh
3. Organización Mundial de la Salud. *Alcohol*. [Internet]. [Acceso 10 septiembre 2017]. Disponible en: https://bit.ly/2rLoVw2
4. Escalona J, Leyva D, Benítez T, Vázquez O. Las funciones ejecutivas en pacientes alcohólicos. *Psicol Am Lat* [Internet]. 2011;(21):14-48.
5. Organización Mundial de la Salud. *Global status report on alcohol and health*. [Internet]. [Acceso 10 septiembre 2017]. Disponible en: https://bit.ly/2C7i9Fd
6. Diario Oficial de la Unión Europea. *Reglamento (CE) No 110/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo*. [Internet]. [Acceso 12 septiembre 2018]. Disponible en: https://bit.ly/2m1PooX
7. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de alcohol*. [Internet]. [Acceso 13 febrero 2016]. Disponible en: https://bit.ly/1yA6bxB
8. Pérez A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Prim* [Internet]. 2007;39(2):61-7. Disponible en: https://bit.ly/2VLYuGw
9. Jiménez M, Serra J, Villafañe A, Jiménez W. Hijos adultos de madres/padres alcohólicos y factores de riesgo psicológicos en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. [Internet]. 2011;11(1):1-20. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44718060007
10. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Los hijos de alcohólicos*. [Internet]. [Acceso 14 Julio 2015]. Disponible en: https://bit.ly/2PLH0EQ
11. Merchán-Naranjo J, Boada L, del Rey-Mejías A, Mayoral M, Llorente C, Arango C, et al., La función ejecutiva está alterada en los trastornos del espectro autista, pero esta no correlaciona con la inteligencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2016;9(1):39-50. Disponible en: doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.005
12. Matejevic M, Jovanovic D, Lazarevic V. Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2014;128:281-7. Disponible en: doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.157
13. Kumpfer KL, Johnson JL. Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones* [Internet]. 2007;19(1):13-25. Disponible en: https://bit.ly/2DTo2mf
14. Villegas-Pantoja MA, Alonso-Castillo MM, Benavides-Torres RA, Guzmán-Facundo FR. Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: una revisión sistemática. *Aquichan* [Internet]. 2013;13(2):234-46. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688015
15. Finan LJ, Schulz J, Gordon MS, Ohanessian CM. Parental problem drinking and adolescent externalizing behaviors: The mediating role of family functioning. *J Adolesc* [Internet]. 2015;43:100-10. Disponible en: doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.001

16. **Organización Mundial de la Salud.** *Desarrollo en la adolescencia.* [Internet]. [Acceso 14 septiembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/1WldmmP>
17. **Martínez MR, Ramírez L.** *La salud del niño y del adolescente: crecimiento y desarrollo.* Manual Moderno, México, 2009.
18. **Abadía GI.** Características del desarrollo en el adolescente. En: Araújo VAM, García QMC, Sierra LJA, Abadía GI, Gálvez SAM, Arteaga DJ. *Adolescencia.* Chía, Colombia: Universidad de La Sabana; 2000.
19. **Gaete V.** Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr* 2015;86(6):436-43.
20. **Papalia DE, Sally WO, Ruth DF, Ortiz SMH, Hernández LJS, López CMA.** *Desarrollo humano.* McGraw Hill. Colombia, 2012.
21. **Opladen T, Cortes-Saladelfont E, Mastrangelo M, Horvath G, Pons R, Lopez-Laso E, et al.,** The International Working Group on Neurotransmitter related disorders (iNTD): A worldwide research project focused on primary and secondary neurotransmitter disorders. *Mol Genet Metab Rep* [Internet]. 2016;9:61-66. Disponible en: doi.org/10.1016/j.ymgmr.2016.09.006
22. **Cynthia Holland-Hall C, Burstein GR.** Desarrollo en la adolescencia. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE. *Tratado de pediatría.* Madrid, España: Elsevier; 2016.
23. **Katzman DK, Neinstein LS.** Medicina de la adolescencia. En: Goldman L, Schafer AI. *Tratado de medicina interna.* Madrid, España: Elsevier; 2017.
24. **Goto Y, Yang CR, Otani S.** Plasticidad sináptica funcional y disfuncional en la corteza prefrontal: papel en los trastornos psiquiátricos. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2011;18(1):18-27. Disponible en: doi.org/10.1016/j.psiq.2009.08.001
25. **Delgado-Mejía I, Etchepareborda M.** Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* [Internet]. 2013;57(1):95-103. Disponible en: <https://bit.ly/2DRcq8g>
26. **Verdejo-García A, Bechara A.** Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema.* 2010; 22(2):227-35.
27. **Yuan P, Raz N.** Prefrontal cortex and executive functions in healthy adults: a meta-analysis of structural neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav R* [Internet]. 2014;42:180-92. Disponible en: doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.02.005
28. **Andrade J, Rodríguez A, Campos J.** GABA, depresión y suicidio: aspectos epigenéticos asociados. *Psicología Com.* 2014;18.
29. **Alvis A, Arana C, Restrepo J.** Propuesta de rehabilitación neuropsicológica de la atención, las funciones ejecutivas y empatía en personas con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, desvinculadas del conflicto armado colombiano *Rev Virtual Universidad Católica del Norte* 2014;2(42):138-53.
30. **Peeters M, Janssen T, Monshouwer K, Boldermaker W, Pronk T, Wiers R, et al.,** Weaknesses in executive functioning predict the initiating of adolescents' alcohol use. *Develop Cog Neurosc* [Internet]. 2015;16:139-46. Disponible en: doi.org/10.1016/j.dcn.2015.04.003
31. **Lund I, Bukten A, Storrøll E, Moan I, Skurtveit S, Handal M, et al.,** A cohort study on long-term adverse effects of parental drinking: background and study design. *Substan abuse: Res Treat* [Internet]. 2015;9(2):77-83. Disponible en: doi.org/10.4137/SARTS23329
32. **Martínez B, Musitu G, Amador L, Monreal M.** Estatus sociométrico y violencia escolar en adolescentes: implicaciones de la autoestima, la familia y la escuela. *Rev Lat Psic* 2012;44(2):55-66.
33. **Lugo L, Arteaga D, Aguilar H.** Funciones ejecutivas superiores y su relación con características psicométricas en adolescentes. *Jóvenes Ciencia* 2016;2(1):1515-9.
34. **Acosta MR, Juárez F, Cuartas M.** Funciones ejecutivas y antecedentes familiares de alcoholismo en adolescentes. *Pensamiento Psicol* [Internet]. 2018;16(1):57-68. Disponible en: doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.feaf
35. **Balistreri K, Alvira-Hammond M.** Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health* [Internet]. 2016;132:72-8. Disponible en: doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.034

36. **Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, et al.**, Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiat Serv* [Internet]. 2002;53(8):1001-9. Disponible en: doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001
37. **Vera B, Carbelo B, Vecina M.** La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles Psicólogo* 2006; 27(1):40-9.
38. **Roy C.** Alterations in cognitive processing. En: Stewart-Amidei C, Kunkel JA. *AANN's Neuroscience nursing: human responses to neurologic dysfunction*. Pennsylvania: Saunders; 2001.
39. **Rossow I, Felix L, Keating P, McCambridge J.** Parental drinking and adverse outcomes in children: a scoping review of cohort studies. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2016;35:397-405. Disponible en: doi.org/10.1111/dar.12319
40. **Rossow I, Keating P, Felix L, McCambridge J.** Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction* [Internet]. 2016;111(2):204-217. Disponible en: doi.org/10.1111/add.13097
41. **Lomanowska AM, Boivin M, Hertzman C, Fleming AS.** Parenting begets parenting: a neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. *Neurosci* [Internet]. 2017;342:120-39. Disponible en: doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.029
42. **Phillips KD, Harris R.** Modelo de adaptación. En: Alligood M, Marriner-Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid, España. Elsevier, 2015.
43. **Roy C.** *The Roy adaptation model*. New Jersey, Pearson, 2009.
44. **Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López C, Crespo O.** Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichan* 2007;7(1):54-63.