



JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería



JANASKAKUA

DIRECTORIO

Dra. Yarabí Avila González

Rectora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dr. Javier Cervantes Rodríguez

Secretario General

Dr. Antonio Ramos Paz

Secretario Académico

D.C.E. Edgar Martínez Altamirano

Secretario Administrativo

Dr. Miguel Ángel Villa Álvarez

Difusión Cultural y Extensión Universitaria

M.E. Renato Hernández Campos

Director de la Facultad de Enfermería

M.E. Angélica Salazar Mendoza

Secretaria Académica

C.P. Rosalina Toscano Galeana

Secretaria Administrativa

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coordinadora de la Revista Janaskakua

Comité Editorial

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

ME. Fabiola Núñez Pastrana

Dra. Laura Nelly Rodríguez Cantú

JANASKAKUA, año 6, No. 12, abril 2024, es una publicación semestral editada por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Av. Ventura Puente, 115, Col. Centro, Morelia, Michoacán, C.P. 58000, Tel. (44) 3313 9274,

<https://publicaciones.umich.mx/revistas/janaskakua>, janaskakua.publicaciones@umich.mx Editor responsable: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 05-2023-091317282300-102, ISSN: 2992-7633, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Unidad de Informática JANASKAKUA, ME. Fabiola Núñez Pastrana, Av. Ventura Puente, 115, Col. Centro, Morelia, Michoacán, C.P. 58000, fecha de última modificación, 30 de abril de 2024.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación o de la Facultad de Enfermería.

Esta revista puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, requiere permiso previo de la institución y del autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución -NoComercial- SinDerivadas 4.0 Internacional.

JANASKAKUA

Palabras del Editor

Reciban un cordial saludo de parte del equipo editorial de la revista. Esperamos que estén disfrutando de todos los artículos científicos que hemos seleccionado y procesado para su lectura. Con el gusto de difundir, compartimos con todos Ustedes el número 12 de la Revista Janaskakua.

Para el equipo editorial lo más importante es el lector, por lo que hemos mejorado el diseño de la revista para poder atraer poco a poco a más lectores tanto en nuestro país como en otros países; también, estamos trabajando para los autores, en la elaboración de plantillas en sus diferentes modalidades y así, poder favorecer con simplicidad las herramientas para facilitar el envío de sus artículos a través de nuestro sistema OJS (Open Journal Systems), por lo que ahora en nuestra página web encontrarán una mayor facilidad para enviar sus artículos.

¡Seguimos trabajando! Para difundir sus artículos y capacitándonos para tener la experiencia, el conocimiento y la pericia en la publicación, editorial y convocatoria fortaleciendo la idea de ser una revista integradora y para todos, con excelencia y calidad.

Estamos muy agradecidas con el trabajo de todos los participantes y los invitamos a que continúen colaborando con nosotros y nos permitan seguir mejorando todas las características proceso editorial.

Disfruten este número.

JANASKAKUA

Artículos de Investigación

Diferencias en el nivel de depresión de adultos mayores usuarios de consulta externa de Morelia, Michoacán

Differences in levels depression of elderly outpatient clinic users in Morelia, Michoacán

Ambriz-Leal Yesenia¹, Ruiz-Recéndiz Ma. de Jesús¹, Lozano Zúñiga María Magdalena¹, Leyva-Ruiz Julio César¹, Paniagua-Ramírez Silvia^{1,2}

¹ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

² Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud

Correo de autor principal:

madejesus.ruiz@umich.mx

Resumen

Introducción: actualmente la depresión se ha convertido en uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el mundo y es ocasionado por diversos factores. Su prevalencia aumentó durante la pandemia por el SARS-CoV-2, especialmente en población adulto mayor. **Objetivo general:** evaluar las diferencias en el nivel de depresión de adultos mayores usuarios de consulta externa de Morelia. **Objetivos específicos:** 1. Describir a los adultos mayores con base en los variables sociodemográficas. 2. Identificar el nivel de depresión en adultos mayores. 3. Examinar las diferencias en el nivel de depresión de acuerdo con el género, estado civil, escolaridad y ocupación de los adultos mayores. **Metodología:** fue un estudio cuantitativo de diseño no experimental, observacional, descriptivo y transversal. La muestra fue no probabilística de 200 adultos mayores usuarios de la consulta externa de una institución de salud pública de primer nivel de atención seleccionados con muestreo a conveniencia. Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, clasificado en leve, moderada y severa. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis), programa SPSS v.25. Se respetó derecho al anonimato y privacidad. **Resultados:** del total, 53% fueron hombres, 42% cursaron sólo primaria, 46% casados, y 39% pensionados. El nivel de depresión fue moderado (48%). Hubo relación estadísticamente significativa entre depresión y ocupación ($p < .05$). **Conclusiones:** la depresión fue moderada en cuatro de cada 10 adultos mayores y en quienes se dedican al hogar.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, vejez.

Abstract

Introduction: Depression has become one of the most common mental health disorders in the world. It is caused by various factors. Its prevalence increased during the SARS-CoV-2 pandemic, especially in the older adult population. **General objective:** to evaluate the differences in the level of depression in older adults who use outpatient clinics. **Specific objectives:** 1. Describe older adults based on sociodemographic variables. 2. Identify the level of depression in older adults. 3. Examine the differences in the level of depression according to gender, marital status, education, and occupation of older adults. **Methodology:** it was a quantitative study with a non-experimental, observational, descriptive, and cross-sectional design. The sample was non-probabilistic of 200 older adults, users of the outpatient clinic of a first-level public health

institution, selected with convenience sampling. Instrument: Yesavage Geriatric Depression Scale, classified as mild, moderate, and severe. Descriptive and inferential statistics were used (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H), SPSS v.25 program. The right to anonymity and privacy was respected. **Results:** 53% were men, 42% attended only primary school, 46% were married, and 39% were retired. The level of depression was moderate (48%). There was a statistically significant relationship between depression and occupation ($p < .05$). **Conclusions:** Depression was moderate in four out of 10 older adults and in those who work at home. **Keywords:** depression; elderly; old age.

Introducción

La vida actual, con el ritmo cada vez más acelerado, le presenta retos a las personas que ponen en riesgo su estabilidad física, emocional, social y espiritual. Cuando el individuo se enfrenta situaciones como las limitaciones propias del envejecimiento como la pérdida de la salud y de la movilidad, su calidad de vida se afecta y los hace susceptibles a trastornos de salud mental como la depresión.

La depresión es ya el trastorno mental más común y suele afectar más a mujeres que hombres y, lamentablemente, la consecuencia más grave es el suicidio a pesar de que actualmente existen diversos tratamientos de acuerdo con su nivel de gravedad (OMS, 2023), que puede ser leve, moderado y grave según la CIE – 10.

De manera general, los síntomas de la depresión pueden ser de tipo anímico como estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del placer o del interés por actividades, además de dificultades para concentrarse, sentimientos de baja autoestima o culpa excesiva, sensación de cansancio, falta de experiencia en el futuro o pensamientos de muerte o suicidio; aunque también son síntomas físicos como alteraciones del sueño o cambios en el apetito (OMS, 2023).

En efecto, la depresión es una enfermedad cada vez más frecuente a nivel mundial con estimaciones de afectación del 3.8% de la población, lo que incluye al 5% de los adultos y al 57% de los adultos de más de 60 años. Por lo que se refiere a la prevalencia en el adulto mayor, se calcula que aproximadamente 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental, según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). Al analizar este trastorno en América Latina, los datos presentan gran variabilidad, con 15.97% en Perú en pacientes hospitalizados y 9.8% en la comunidad y para Colombia fue de 11.5% de mujeres y 4% de hombres (Calderón, 2018).

En tanto que, para el caso de México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019) reportó que es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada. En Michoacán, en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social se identificó que 40.17% de las personas hospitalizadas presentó depresión (Martínez et al., 2021).

Es una realidad que los adultos mayores experimentan pérdidas en su vida como la muerte de su pareja o el abandono de sus hijos y se enfrentan a la carencia de interacción social que los lleva a la soledad, lo que se incrementa porque la persona disminuye su actividad física y social (Rendón – Torres, et al., 2020)

Dado que la población adulta mayor crecerá año tras año, es probable que los casos de depresión en los adultos mayores también se incrementen, lo que supone un reto para los profesionales de enfermería, quienes deberán poseer competencias específicas para su cuidado.

Para ello deberán incorporar conceptos como la gerotranscendencia, donde los adultos mayores puedan tener opiniones más positivas sobre la muerte y el morir (Arroyo y Jiménez, 2020) y les permita experimentar un proceso de envejecimiento positivo que funcione como un factor protector ante la depresión.

Aunque, si ya existe depresión, se requieren intervenciones específicas de enfermería dirigidas a la disminución de los síntomas mediante el establecimiento de una relación terapéutica profesional de enfermería – paciente efectiva, creando un ambiente de confianza y empatía (Copara et al., 2021).

Metodología

Este fue un estudio con enfoque cuantitativo y diseño no experimental, observacional, descriptivo y transversal. (Grove y Gray, 2019; Argimon y Jiménez, 2019).

La muestra fue no probabilística de 200 adultos mayores seleccionados de la consulta externa de una institución de salud pública de primer nivel de atención de la ciudad de Morelia, Michoacán con muestreo a conveniencia.

Se incluyeron a adultos mayores, con edades de 65 a 80 años, usuarios que asistían a la consulta externa de una institución de salud pública de primer nivel de atención de la ciudad de Morelia, Michoacán, que aceptaron participar y firmaron la carta de consentimiento informado en materia de investigación. Se excluyeron a los adultos mayores con diagnóstico médico referido por ellos de demencia o trastorno depresivo mayor y que se encontraban con tratamiento farmacológico de antidepresivos. Se eliminaron los cédulas con respuestas incompletas en más del 10% de la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Para medir el nivel de depresión se empleó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage que está constituida por 15 ítems formulados en sentido positivo y que emplea una escala de respuesta de tipo dicotómico de sí y no. El autor señala que las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 si marcan con No es la respuesta correcta, mientras que las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 si marcan con Sí es la respuesta correcta. Por lo tanto, se le asignó el valor de 1 a la respuesta correcta y de 0 a la respuesta incorrecta. Para obtener el puntaje total de la escala se suman los 15 ítems (rangos de 0 – 15) de acuerdo con Carrero y Chávez (2020, p. 16) y se establecieron los niveles leve (0 – 5), moderada (6 – 9) y severa (10 – 15). La escala presenta adecuado sensibilidad, especificidad y consistencia interna ($\alpha=.911$).

El protocolo fue aprobado por los comités de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (CI-FacEnf-004-2023 y CEI/004/2023) y contó con la autorización de los directivos de la institución de salud. Enseguida la investigadora principal acudió con la jefa de consulta externa para definir días y horarios para efectuar la colecta de datos buscando no interferir con las actividades del personal médico y de enfermería. Se acudió en el turno matutino (8:00 – 12:00 horas) y vespertino (15:00 – 18:00 horas) para identificar a las personas adultas mayores que acudían a consulta externa. Se les abordaba una vez se registraban en su consultorio y posterior a la somatometría para invitarles al estudio; se explicaba en qué consistía su participación y si aceptaban se les pedía que firmaran la carta de consentimiento informado en materia de investigación. Primero se preguntaba si estaban en condiciones de contestar por sí solos la cédula y cuando no era así la investigadora les leía las preguntas y aclaraba sus dudas. Al concluir se agradecía su apoyo.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión en el caso de las variables

cuantitativas; para identificar las diferencias se emplearon las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis considerando $p < .05$. Los datos se capturaron y procesaron en el programa SPSS v.25.

Para este estudio se respetó la normatividad internacional como la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y las Pautas CIOMS (Organización Panamericana de la Salud, 2017) y nacional, entre ellas la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014) y la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 (Diario Oficial de la Federación, 2012), al solicitar la firma de consentimiento en materia de investigación, garantizando la confidencialidad y privacidad de los participantes y obteniendo la aprobación de los comités. También se respetó la dignidad humana al permitirles a los sujetos de investigación la posibilidad de participar y respetar su derecho a la retractación. La investigación se consideró sin riesgo.

Resultados y discusión

Del total de la muestra ($n = 200$), 53% fueron de género masculino, 46% casados, 42% cursaron nivel de primaria y 38% son pensionados. Otros datos se observan en la tabla 1. En cuanto al género, en este estudio un poco más de cinco personas fueron hombres, lo que resultó diferente a lo reportado en los estudios de De los Santos y Carmona (2018) y de Molés et al. (2019) donde las mujeres fueron mayoría y a los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México [ESAEM] en 2021 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023), donde un poco más de cinco personas fueron mujeres.

Al considerar la escolaridad, cuatro de cada 10 de los adultos mayores cursaron primaria, resultado mayor a lo que reportó la ESAEM en 2021 (INEGI, 2023), donde sólo dos de cada 10 cumplieron seis años de estudio. En ese sentido, es sabido que en México pocos adultos mayores cursaban en el siglo XX más allá de la primaria.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los adultos mayores (n=200)

Variable	<i>f</i>	%	
Género	Masculino	106	53.0
	Femenino	94	47.0
Escolaridad	Ninguna	44	22.0
	Primaria	85	42.5
	Secundaria	36	18.0
	Preparatoria	19	9.5
	Licenciatura	16	8.0
Ocupación	Hogar	35	17.5
	Comerciante	43	21.5
	Empleado	45	22.5
	Pensionado	77	38.5
Estado civil	Soltero	16	8.0
	Casado	92	46.0

Divorciado	57	28.5
Viudo	35	17.5

Nota: datos obtenidos de la cédula de colecta de datos

En cuanto al estado civil, seis de cada 10 de los adultos mayores se encontraban casados, semejante a lo que encontró ESAEM en 2018 y 2021 aunque en sólo cinco de cada 10 y a este respecto García (2016) señala que las personas mayores de 50 años generalmente se encuentran casadas, excepto cuando el estado conyugal de las parejas se modifica por la muerte de uno de los cónyuges.

La situación fue diferente en lo relativo a la ocupación, donde tres de cada 10 fueron pensionados, semejante a ESAEM en 2021 (INEGI, 2023), aunque aquí casi tres de cada 10 fueron jubilados, pensionados, incapacitados o no trabajan. Cabe resaltar que en México más de la mitad de la población adulta mayor trabaja, lo que incluye el hacer labores en el hogar. Esto puede deberse a que la muestra de este estudio pertenece a un instituto de seguridad social donde muchos de sus asegurados fueron trabajadores del propio instituto.

En cuanto a la depresión, en la tabla 2 se identificó que 48% de los adultos mayores presentaron depresión moderada. Por lo tanto, ya que casi cinco de cada 10 participantes presentaron depresión moderada, esto fue menor a lo que encontró Molés et al. (2019) y a los datos de ESAEM en 2021 (INEGI, 2023), donde una tercera parte experimentó síntomas depresivos, aunque fue mucho menor que lo reportado por De los Santos y Carmona (2018) donde hubo una prevalencia de depresión en tres cuartas partes de los adultos mayores. Como se observa, los datos suelen variar, aunque en el caso de México se percibe una tendencia a la baja en cinco o más síntomas depresivos durante los periodos de 2012, 2018 y 2021, donde los más frecuentes fueron cansancio, tristeza y sueño intranquilo en 2021.

Tabla 2

Nivel de depresión en adultos mayores (n=200)

Nivel de depresión	<i>f</i>	%
Leve	58	29.0
Moderada	96	48.0
Severa	46	23.0

Nota: datos obtenidos de la cédula de colecta de datos

Respecto a las diferencias del nivel de depresión de acuerdo con el género, estado civil, escolaridad y ocupación de los adultos mayores, la tabla 3 permite observar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre depresión y ocupación ($U = 8.787$, $p < .05$); es decir, la mayor depresión se encontró en las adultas mayores dedicadas al hogar. Ciertamente, la presencia de síntomas depresivos puede deberse, entre otras cuestiones, a los cambios físicos y mentales en la persona o una negación ante el envejecimiento y aunque en ESAEM en 2021 (INEGI, 2023) la mayor prevalencia de depresión fue en las mujeres, en esta investigación fue mayor en las personas que realizan actividades en el hogar.

Tabla 3

Diferencias del nivel de depresión en AM por variables sociodemográficos

Variable		Media	Mediana	<i>p</i>
Género ^a	Masculino	6.64	7.00	.228
	Femenino	7.10	8.00	
Escolaridad ^b	Ninguna	6.50	7.00	.927
	Primaria	6.86	8.00	
	Secundaria	7.14	8.00	
	Preparatoria	7.00	6.00	
	Licenciatura	7.00	8.00	
Ocupación ^b	Hogar	8.06	9.00	.032*
	Comerciante	6.81	8.00	
	Empleado	6.02	7.00	
	Pensionado	6.82	7.00	
Estado civil ^b	Soltero	7.00	8.00	.677
	Casado	6.57	7.00	
	Divorciado	7.11	8.00	
	Viudo	7.14	7.00	

Nota: ^a U de Mann – Whitney, ^b H de Kruskal – Wallis

**p* < .05

Conclusiones

En esta investigación siete de cada 10 participantes presentaron depresión moderada y severa y aunque envejecer es un proceso natural y propio de toda persona es indudable que existen diferentes factores como los biológicos, sociales, psicológicos y culturales que pueden afectar de diferente manera a mujeres y hombres. En efecto, aunque la depresión puede presentarse frecuentemente en los adultos mayores, se deben identificar los factores de riesgo para evitarla ya que estudios como este mostraron que las personas que realizan actividades en el hogar tienen mayor riesgo para presentar depresión.

Estos resultados son importantes ya que es alto el porcentaje de adultos mayores con depresión y este influye en su calidad de vida. El profesional de enfermería puede hacer grandes aportaciones que favorezcan el cuidado y bienestar de la población, en especial de los grupos vulnerables, en este caso de las personas adultas mayores al identificar los síntomas depresivos.

Referencias

Argimon, J.M. y Jiménez, J. (2019). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. Elsevier.

- Arroyo, F.J. y Jiménez, M.J. (2020). Análisis del concepto autotrascendencia y su importancia para el cuidado de enfermería en el adulto mayor. En: Durán, T., Cortez, L.C., Cortés, D.B. y Félix, A. (Eds.), *Liderazgo en enfermería en el cuidado multidisciplinar de las personas adultas mayores* (pp. 49 – 59).
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki*. <http://bit.ly/3wOoJxm>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*, 29 (3), 182 – 191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Copara, O.B., Cumbicus, E.C., Morales, J.A. y Ríos, L.A. (2021). Reflexiones sobre la intervención de enfermería en adultos con episodio depresivo. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 88 – 97. <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.12>
- De los Santos. P. V. y Carmona, S.E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 2-19. <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Diario Oficial de la Federación. (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. <https://bit.ly/3PTcCYp>
- Grove, S.K. y Gray, J.R. (Ed.). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada en la Evidencia*. Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México*. ESAEM.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). *Salud mental en personas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam>
- Martínez, M, C. Gutierrez, y Gómez, C. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán. *Aten Fam*, 28(2), 125 - 131. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78803>
- Molés, M.P. J, Esteve, C. A., Lucas, M. M. V. y Folch, A. A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. Glob.*, 18(3), 58 – 82. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. <https://bit.ly/2Rxd7bd>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://bit.ly/3I4JHyr>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=Síntomas%20y%20tipologías,habituales%20del%20estado%20de%20ánimo>.
- Rendón – Torres, L., Benavides – Guerrero, C., Díaz, M.M. y Cuevas, K.I. (2020). Ansiedad, soledad y depresión en personas mayores relacionadas con tiempo de uso de dispositivo móvil. En: Durán,

T., Cortez, L.C., Cortés, D.B. y Félix, A. (Eds.), *Liderazgo en enfermería en el cuidado multidisciplinar de las personas adultas mayores* (pp. 153 – 159).

Espiritualidad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Spirituality in patients with Chronic Kidney Disease

Orozco Ibarra Hugo Francisco¹, Huerta Baltazar Mayra Itzel², Jiménez Arroyo Vanesa², Alcantar Zavala María Lilia A.², Valadez Cisneros Ana Adelaida², Ortiz Mendoza Guadalupe²

¹Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo²

Correo de autor principal: hfoi83@gmail.com

Resumen

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica, se ha descrito como la enfermedad crónica más olvidada; sin embargo representa un grave problema de salud pública en México y el mundo. Al ser un trastorno de origen multifactorial y estar fuertemente asociado a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en nuestra población (diabetes e hipertensión), su impacto en la salud pública se refleja en la alta demanda de recursos humanitarios, económicos y de infraestructura que su tratamiento requiere. La espiritualidad es una necesidad en la cual las personas en situaciones difíciles encuentran paz y tranquilidad. El profesional de enfermería provee cuidado espiritual reconociendo las creencias y los valores espirituales del paciente.

Objetivo general: Determinar el nivel de espiritualidad en pacientes con enfermedad renal crónica.

Objetivos específicos: Identificar las variables sociodemográficas que caracterizan a la población de estudio e identificar el nivel de espiritualidad en pacientes con enfermedad renal crónica. **Metodología:** Fue un estudio cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal. Muestreo no probabilístico a conveniencia. La muestra compuesta por 83 pacientes de un hospital general de segundo nivel. El instrumento utilizado fue la Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed ($\alpha = .98$). **Resultados:** Fueron del género masculino 55 (66.3%), con un rango de edad de 51-70 años 38 (45.8%), con estudios de nivel medio superior 27(32.5%), con más de 5 años de diagnóstico 43 (51.8%), de acuerdo con el nivel de espiritualidad fue bajo con el 46 (55.4%). **Conclusiones:** El nivel de espiritualidad de pacientes con enfermedad renal crónica es bajo.

Palabras clave: enfermo, espiritualidad, enfermería, bienestar.

Abstract

Introduction: Chronic Kidney Disease has been described as the most forgotten chronic disease; However, it represents a serious public health problem in Mexico and the world. Being a disorder of multifactorial origin and being strongly associated with the most prevalent chronic diseases in our population (diabetes and hypertension), its impact on public health is reflected in the high demand for humanitarian, economic and infrastructure resources that its treatment requires. Spirituality is a necessity in which people in difficult situations find peace and tranquility. The nursing professional provides spiritual care, recognizing the patient's beliefs and spiritual values. **General objective:** Determine the level of spirituality in patients with chronic kidney disease. **Specific objectives:** Identify the sociodemographic variables that characterize the study

population and identify the level of spirituality in patients with chronic kidney disease. **Methodology:** It was a quantitative study, with a non-experimental, descriptive, prospective and cross-sectional design. Non-probabilistic convenience sampling. The sample consisted of 83 patients from a second level general hospital. The instrument used was Pamela Reed's Spiritual Perspective Scale ($\alpha=.98$). **Results:** 55 (66.3%) were male, with an age range of 51-70 years 38 (45.8%), with high school education 27 (32.5%), with more than 5 years of diagnosis 43 (51.8 %), according to the level of spirituality was low with 46 (55.4%). **Conclusions:** The level of spirituality of patients with chronic kidney disease is low.

Keywords: ill, spirituality, nursing, well-being.

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), se ha descrito como la enfermedad crónica más olvidada; sin embargo representa un grave problema de salud pública en México y en el mundo. Al ser un trastorno de origen multifactorial y estar fuertemente asociado a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en nuestra población (diabetes e hipertensión), su impacto en la salud pública se refleja en la alta demanda de recursos humanitarios, económicos y de infraestructura que su tratamiento requiere, siendo la segunda causa más importante de años de vida perdidos en Latinoamérica (Amato et al, 2005).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define a la enfermedad renal crónica como la pérdida progresiva de la función renal, presentándose sin síntomas en etapas tempranas, mientras que en etapas avanzadas la persona puede necesitar diálisis e incluso un trasplante de riñón. (En el ámbito mundial su prevalencia en la población es un problema de salud pública que por su comportamiento crónico es una causa directa de morbilidad y mortalidad que requiere una alta complejidad técnica y humana en su manejo (Campos de Carvalho et al., 2013).

En este contexto, la revista "The Global Kidney Health Atlas" en el 2019 menciona que 759 millones de personas reciben Tratamiento Renal Sustitutivo en todo el mundo. En sus datos demostró, que la tasa de prevalencia de la ERC tratada es de 966, por cada millón de habitantes en países de ingresos bajos, de 550.2 por cada millón de habitantes en países de ingresos medios-altos, 321 por cada millón de habitantes en países de ingresos medios-bajos y 4.4 por cada millón de habitantes en países de ingresos bajos (Coyle J, 2002).

En 2017, se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes en México. Se ha estimado que, en la actualidad, alrededor de 6.2 millones de mexicanos con diabetes tienen insuficiencia renal en sus distintas etapas, sin que necesariamente todos ellos sepan que la padecen. Hasta 98% de las personas con ERC por diabetes en México se encuentra en etapas tempranas, cuando por fortuna la ERC es todavía controlable y reversible. Sin embargo, en estos datos no incluye a los enfermos que, por otras causas como hipertensión arterial sistémica, enfermedades autoinmunes, infecciones, antecedentes congénitos, problemas obstructivos y daño por fármacos, también desarrollan ERC en forma progresiva hasta llegar a las etapas tardías y que, en la mayoría de los casos, lo hace de manera silenciosa (Galvis et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la espiritualidad como un fenómeno intangible que nace de las ideas y surgen en la mente de los seres humanos, que permite la búsqueda personal de un propósito que le dé significado a la vida, siendo esa una dimensión relevante para el cuidado que puede estar relacionada con el alma o con la religión. El cuidado espiritual permite al personal de enfermería

satisfacer las necesidades o problemas espirituales de los pacientes durante el proceso de la enfermedad. El paciente cuando es diagnosticado de ERC se siente limitado física y emocionalmente, reflejando síntomas de aspecto sensitivos, emocionales, autonómicos y conductuales, los cuales afectan a su calidad de vida diaria; generando, angustias espirituales que agravan los síntomas físicos, emocionales y la capacidad de enfrentar la enfermedad (Rivas et al., 2017).

En ese sentido, el profesional de enfermería proporciona cuidados holísticos de calidad, de forma racional, lógica y sistemática, a través del vínculo paciente-enfermera/o, a fin de identificar aspectos personales del paciente mediante una valoración individualizada basada en la entrevista, observación de sus conductas y escucha activa. Por consiguiente, la ERC es una patología limitante a actividades de la vida diaria, varía de acuerdo al avance de la enfermedad, que afecta de manera gradual a la mayoría de esta población, es decir, se comienza con las visitas al médico continuas, dejar de fumar, realizar actividades de moderada intensidad, consumir suficientes vegetales y frutas, y evitar dietas altas en hidratos de carbono y lípidos lo que perjudica sus acciones en el convivir diario, en consecuencia, se ve afectado el estado psicológico, emocional y espiritual del individuo.

Los cuidados de enfermería fundamentales en pacientes con ERC están enfocados en el cuidado directo e interpersonal con el fin de alargar la vida y evitar complicaciones que afecte físicamente al paciente por medio de la educación para una adherencia correcta al tratamiento; las necesidades psicológicas también deben ser atendidas por medio de la escucha activa existiendo niveles de estrés que generan depresión y ansiedad en este tipo de pacientes (Ochoa et al., 2015).

Las necesidades espirituales en el paciente, son fundamentales para ayudar en la motivación, relación terapéutica y apoyo para generar un ambiente de diálogo reflexionando sobre la vida, salud-enfermedad y muerte. Desde el enfoque holístico existen 3 momentos los cuales se basan en el proceso terapéutico del cuidado espiritual: La identificación de las necesidades humanas altas y las necesidades espirituales en los usuarios, seguido de la identificación de los diagnósticos “sufrimiento espiritual”, “Ansiedad ante la muerte” y “Desesperanza espiritual” y finalmente la planificación y aplicación educativa.

Objetivo General:

Determinar el nivel de espiritualidad en pacientes con enfermedad renal crónica.

Objetivos específicos:

1. Identificar las variables sociodemográficas que caracterizan a la población de estudio.
2. Identificar el nivel de espiritualidad en pacientes con enfermedad renal crónica.

Metodología

Fue un estudio cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra fue compuesta por 83 pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Regional ISSSTE de Morelia, Michoacán durante los meses de febrero, marzo y abril del 2019. Los criterios de selección fueron los siguientes; como criterios de inclusión fueron hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, que acudan a terapia de hemodiálisis en el Hospital Regional ISSSTE en Morelia Michoacán, los lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado con horario

de programación para terapia de reposición renal de 20:00 horas, 24:00horas y 4:00 horas con enfermedad renal crónica en etapa 4 y etapa 5 y que cuenten con un acceso vascular tipo permanente, temporal o fistula arteriovenosa. Que acepten participar en el estudio independientemente de su estado civil, escolaridad, religión y años de diagnóstico. Se excluyeron los hombres y mujeres menores de 18 años con enfermedad renal, que no sean del horario establecidos, usuarios que se someten a terapia de reposición renal por emergencia, traslados o por primera vez, o que cumplieron con los requisitosl.

El instrumento empleado para la recolección de la información fue la Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela G. Reed, validado con un Alfa de Cronbach de .98 la cual consta de 10 ítems, que miden las creencias y los comportamientos espirituales de la persona, con una escala Likert de 6 puntos, con una puntuación total que puede ir de 10 a 60. Las cuatro primeras preguntas hacen referencia a la frecuencia de actividades espirituales que son practicadas por la persona (meditación y oración privada), valoradas a través de una escala Likert que oscila entre nunca y hasta más o menos una vez al día. Las seis últimas preguntas hacen referencia a los acuerdos o desacuerdos con relación a diferentes aspectos espirituales (perdón o cercanía con Dios), se evalúa también por medio de una escala Likert que tiene un puntaje que varía entre extremadamente en desacuerdo hasta extremadamente de acuerdo; ambas subescalas se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 24 la primera y de 36 la segunda.

El puntaje oscila en los siguientes niveles: bajo nivel de espiritualidad de 10-30 puntos, nivel moderado de 31-45 puntos y nivel alto de 46-60 puntos (Reed, 1991).

Resultados

En respuesta al I objetivo específico uno, caracterizar a la población participante con base a las variables sociodemográficas, se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias relativas y porcentajes, los resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1
Descripción de las características sociodemográficas de los participantes.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia (f)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Sexo		
Masculino	55	66.3%
Femenino	28	33.7%
Total	83	100.0%
Escolaridad		
Primaria	12	14.4%
Secundaria	14	16.8%
Bachillerato	27	32.5%
Licenciatura	23	27.8%
Posgrado	7	8.5%
Total	83	100.0%
Situación laboral		

Empleado	25	30.1%
Desempleado	6	7.2%
Jubilado	52	62.7%
Total	83	100.0%
Años de diagnóstico con ERC		
Menos de 1 año	40	48.2%
Uno a cinco años	43	51.8%
Total	83	100.0%
Religión		
Católica	67	80.8%
Evangelista	6	7.2%
Cristiano	8	9.6%
Testigo de Jehová	2	2.4%
Total	83	100.0%
Edad		
18 a 30 años	7	8.4%
31 a 50 años	19	22.9%
51 a 70 años	38	45.8%
Más de 71 años	19	22.9%
Total	83	100.0%

Nota. Datos obtenidos de la cédula de características sociodemográficas.

Para dar respuesta al objetivo específico dos, identificar el nivel de espiritualidad de las personas con enfermedad renal crónica, se utilizó estadística descriptiva, frecuencias relativas y porcentajes los resultados se muestran en la tabla 2. Donde se observa un nivel de espiritualidad bajo, siguiendo el nivel moderado por lo que se puede decir que los pacientes con enfermedad renal crónica carecen de espiritualidad.

Tabla 2
Nivel de espiritualidad de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

Nivel de espiritualidad	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bajo	46	55.4%
Moderado	26	31.3%
Alto	11	13.3%
Total	83	100%

Nota. Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed.

Discusión

En contraste con otras investigaciones. Se discuten los resultados a partir del propósito de la investigación. La Enfermedad Renal Crónica representa una condición de salud con alto impacto dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. La ERC, provocó en México 17,076 defunciones. En el estado de Michoacán en el 2021, provocó 720 defunciones.

Los resultados de esta investigación proporcionan, información cuantitativa del nivel de espiritualidad en pacientes mexicanos en hemodiálisis que acuden a sesión de hemodiálisis en el Hospital Regional ISSSTE de Morelia Michoacán. El bienestar religioso comparte una buena parte de varianza con la espiritualidad (Sánchez et al., 2014).

La espiritualidad es un concepto mucho más amplio que la religiosidad. En una conferencia de consenso en cuidados espirituales se ha llegado a la siguiente propuesta de definición acordada:

La espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo (by my self), con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado (Vargas et al., 2017).

La religión, de cualquier tipo o creencia, es uno de los posibles caminos de vivir la espiritualidad, pero ni es el único ni mucho menos el más importante.

En la investigación se encontraron con respecto a los datos sociodemográficos, que el género masculino fue mayoría en la muestra, hombres viviendo con enfermedad renal crónica, con el (55) 66.3%. Al igual que sucedió con la investigación de Sánchez en el 2004 en su investigación de prevalencia de la enfermedad renal crónica y factores asociados en la población asistida en atención primaria de España: resultados del estudio IBERICAN dieron a conocer que la mayoría de la población viviendo con ERC eran los hombres con un 16.1%. En relación con la edad, (38) 45.8% corresponden a la edad entre 51 a 70 años de edad, lo que corresponde con los resultados de Sánchez descubrir que su población de 65 años en adelante con el 24.8%.

Valorando el nivel de espiritualidad de las personas viviendo con enfermedad renal crónica se observó que hay un porcentaje alto de nivel bajo de espiritualidad, (46) 55.4% similar al estudio realizado por Novel et al, en la evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis cuyo objetivo del trabajo consiste en adaptar, describir y validar un instrumento de medida multidimensional, estandarizado y auto administrado, que permita al clínico valorar el grado de bienestar espiritual del paciente en un caso particular o en una situación concreta, como por ejemplo hemodiálisis. En el estudio encuentran que casi el 30% de los pacientes se declara nada religioso y un 37% cree en la inexistencia de una vida ultraterrenal, los resultados indican, que la puntuación total en bienestar espiritual se relaciona positiva y significativamente con religiosidad: las personas que se declaran más religiosas perciben una mayor sensación de bienestar espiritual global, con lo que declaran más beneficios asociados a la espiritualidad en la superación de las consecuencias de su problemática de salud. Lo que se debe brindar comprensión, normalización, validación de sus emociones y actitudes sin ser juzgado como una muestra de respeto que le proporcione aceptación de manera incondicional para suprimir la culpa que ha desarrollado el paciente. Los sucesos que se dan a lo largo de la vida del paciente pueden provocar culpabilidad que desencadenan enfermedades como depresión o ansiedad, es por eso que cuando el paciente decide en confianza contar su historia, el personal de enfermería debe enfocarse en dar comprensión de manera empática y auténtica, además de servir como

guía en la técnicas de relajación, meditación para mejorar su concentración, mantenerse en el presente, y sea fácil afrontar las emociones negativas brindándole un cuidado integral.

Morales L. en su estudio "Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal" en el 2016, menciona que para cubrir la necesidad de reconciliación consigo mismo, con su entorno y de acuerdo con sus creencias con un ser Supremo, se debe brindar hospitalidad, presencia, esperanza y confianza mediante la relación enfermera-paciente e incluso en los peores momentos; al mismo tiempo, Sánchez B. en el 2004, indica que es primordial apoyar en la resolución de problemas con el propósito que el paciente identifique cuáles son las respuestas nuevas y más apropiadas que cubran aquellos sentimientos que le produzcan paz.

Conclusiones

El nivel de Espiritualidad es bajo en pacientes con enfermedad renal crónica.

Al concluir el análisis de esta investigación se demostró que los pacientes que viven con enfermedad renal crónica sufren y carecen de Bienestar Espiritual, ya que la mayoría de estos pacientes tienen sentimientos de ira, irritabilidad, molestia, frustración, depresión, desconsuelo y dolor por las situaciones en las que la enfermedad se va presentando día con día. Por ello es importante para el profesional de enfermería apoyar a este tipo de pacientes con enfermedades crónicas.

Basada en los conceptos de Pamela Reed, la presente investigación siguió su objetivo de enfermería, al ser la investigación una fuente de apoyo, se pudo influir en el nivel de espiritualidad donde la adaptación ante la espiritualidad se pudo ver reflejada en las personas viviendo con enfermedad renal crónica. Las personas viviendo con esta enfermedad expresaron una nueva prospectiva de vida y por supuesto dando un nuevo sentido a su vida ante su enfermedad.

El aporte de esta investigación al campo de la enfermería es amplio ya que nos brinda un panorama general de este tipo de pacientes, que no solo sufren físicamente con la sintomatología que se presenta y viven el deterioro de su salud progresivamente, sino también emocionalmente. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de buscar estrategias de mejora e implementación de nuevas técnicas, intervenciones e investigaciones que les ayude a este tipo de pacientes a encontrar el significado pleno de su vida a encontrar la paz y tranquilidad, el llamado bienestar espiritual.

Estrategias nuevas se pueden implementar en el área de enfermería como la meditación puede ser importante en afrontar y controlar las respuestas emocionales y espiritualidad, debido a esto se contribuyó al cuidado de enfermería ya que es capaz de modificar el sistema emocional mediante un método no invasivo y posterior garantizando un aumento en la calidad de vida de la persona viviendo con enfermedad renal crónica. A través de nuevas intervenciones se auxilia a la ciencia en enfermería, al fortalecer las habilidades de cuidado de las personas viviendo con enfermedad renal crónica.

Referencias

Amato D., Álvarez C, Castañeda R, Rodríguez E, Ávila M, Arreola F, et al. (2005). Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney Int Suppl.* 2005; 97:11-17. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815512507

- Campos de Carvalho E., Claudia Mesquita A, Cássia É, Costa C., Alves D, Gerhke R. (2013). La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. www.eerp.usp.br/rlae
- Coyle J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*. 37 (6): 589-597.
- Galvis M., Pérez B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 11(3), 256–273. <https://doi.org/10.5294/aqui.2011.11.3.2>
- Morales L. (2016). Trasplantes descuidados. *Sociedad Mexicana de Trasplantes. Diario Reforma*.
- Novel G., Lluch T, Rourera A. (2017). Enfermería psicosocial y salud mental. Aspectos psicosociales de los cuidados. *Masson-Salvat Madrid*.
- Ochoa, A. G., & Corona, B. E. F. (2015). Calidad De Vida Y Adherencia Terapéutica En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Sometidos a Hemodiálisis. *Jóvenes En La Ciencia*, 1(1), 436–441. Retrieved from <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/680/pdf2>
- Reed P. (1991). Spirituality and mental health in older adults. *Extant knowledge for nursing. Fam Community Health*. 14. (p.14-25).
- Rivas A., Romero Á, Munive M, Barrios C. (2017). Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado (Vol. 10)*.
- Sánchez B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichan*. 4 (4): 6-9.
- Sánchez R., Sierra F, Zárate K. (2014). ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(2), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2014.04.002>

Consumo de alcohol y rendimiento académico por género en estudiantes de nivel medio superior Alcohol consumption and academic performance by gender in high school students

Arreguin Jiménez Manuel Antonio¹, Roberto Castro Francisco¹, Aguilar Rangel Andrea Estefanía¹, Molina Aviles Diana Laura¹, Guzmán Ortiz Elizabeth¹, Jiménez Arroyo Vanesa².

¹División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya – Salvatierra, Universidad de Guanajuato

²Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal:

ma.arreguin@ugto.mx

Resumen

Objetivo: Relacionar el rendimiento académico y consumo de alcohol por género en estudiantes de preparatoria. **Objetivos específicos:** Identificar el nivel de consumo de alcohol entre estudiantes de preparatoria, evaluar el rendimiento académico de los estudiantes de preparatoria en términos de promedio de calificaciones, determinar si existe una correlación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico de los estudiantes, analizar los factores socioeconómicos y culturales que podrían influir en la relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico. **Metodología:** Se realizó un estudio correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por estudiantes de preparatoria en el occidente del país, Los participantes dieron respuesta, al cuestionario AUDIT y el kárdex institucional con promedio, el estudio se llevó a cabo conforme al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. El consentimiento informado fue entregado a los tutores. Los datos fueron procesados en el software IBM SPSS Statistics mediante una prueba correlación de Pearson para determinar la relación lineal entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico. **Resultados:** participaron 101 estudiantes de preparatoria, 55 fueron mujeres, una calificación promedio de 8.4 y 7.5 para mujeres y hombres respectivamente. **Conclusiones:** El índice de correlación de Pearson obteniendo -0.093, entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico indica una asociación débil y negativa entre las variables en la muestra estudiada. Esto sugiere que, en general, a medida que el consumo de alcohol aumenta, el rendimiento académico tiende a disminuir ligeramente, aunque esta relación no es estadísticamente significativa.

Palabras clave: estudiantes, consumo de bebidas alcohólicas, rendimiento académico, adolescentes.

Abstract

Objective: To relate academic performance and alcohol consumption by gender in high school students. **Specific objectives:** Identify the level of alcohol consumption among high school students, evaluate the academic performance of high school students in terms of grade point average, determine if there is a correlation between alcohol consumption and the academic performance of students, analyze socioeconomic and cultural factors that could influence the relationship between alcohol consumption and academic performance. **Methodology:** A cross-sectional correlational study was carried out. The population was made up of high school students in the west of the country. The participants responded to the AUDIT questionnaire

and the institutional kardex with an average. The study was carried out in accordance with the regulations of the General Health Law on Research for the Health. The informed consent was given to the guardians. The data were processed in IBM SPSS Statistics software using a Pearson correlation test to determine the linear relationship between alcohol consumption and academic performance. **Results:** 101 high school students participated, 55 were women, an average score of 8.4 and 7.5 for women and men respectively. **Conclusions:** The Pearson correlation index, obtaining -0.093, between alcohol consumption and academic performance indicates a weak and negative association between the variables in the studied sample. This suggests that, in general, as alcohol consumption increases, academic performance tends to decrease slightly, although this relationship is not statistically significant.

Keywords: students, consumption of alcoholic beverages, academic performance, teenagers.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos refiere el inicio temprano del consumo nocivo de sustancias psicoactivas, desmedido entre los jóvenes, da lugar a un aumento del riesgo de caer en dependencia y de sufrir otros problemas que van desde lo fisiológico, conductual, etc. Estos se ven reflejados a corto, mediano y largo plazo. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017) resalta que el aumento en las cifras de un consumo excesivo ha aumentado en población de 12 a 17 años, en comparación entre el año 2011 y 2016 el aumento en mujeres se triplicó, en hombres no hay un cambio significativo.

El consumo de alcohol en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, considerando la edad promedio en el inicio de consumo a los 16.7 años lo que representa una vulnerabilidad importante en el desarrollo de patologías y conductas de riesgo (Mendez-Ruiz et al., 2018). El consumo de bebidas alcohólicas a temprana edad conlleva riesgos para la salud y bienestar incluyendo modificaciones cognoscitivas, existen factores de mayor impacto que favorecen el consumo de alcohol entre los que se encuentra la carga de trabajo escolar (Ramos et al., 2020). El rendimiento académico es un indicador en el proceso de enseñanza aprendizaje, mientras que los adolescentes al consumir alcohol tienden a obtener niveles bajos de inteligencia emocional que afecta a su desempeño académico (Supervía. & Bordás, 2018).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), según sus cifras del año 2023, de acuerdo con una población de 10 a 19 años, no encontró gran diferencia entre los porcentajes por género pero, es importante resaltar que la prevalencia es mayor en mujeres (26.6%) que en hombres (21.2%); el 17.3% de adolescentes reportaron un consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses; aunque el consumo excesivo fue mayor en mujeres (19.4%) que en hombres (15.4%), esta diferencia no fue significativa (Ramírez, 2023).

De acuerdo con las encuestas que se han aplicado a los jóvenes mexicanos de secundaria cursando el 3º grado de escuelas públicas y privadas de 14 y 15 años del proyecto Juventud y Bienestar del programa Planet Youth, arrojaron los siguientes datos: en los municipios de León y Celaya mostraron que el 39 y el 41 por ciento de los jóvenes de 14 y 15 años han consumido alcohol en la vida, el 23% ha probado el alcohol y el 10 por ciento se ha emborrachado en el último mes (Consejo de Salud del Estado de Guanajuato, 2021).

Como se mencionó anteriormente de acuerdo con la OMS el inicio temprano del consumo nocivo de sustancias psicoactivas, desmedido entre los jóvenes, da lugar a un aumento del riesgo de caer en dependencia y de sufrir otros problemas que van desde lo fisiológico, conductual. Entre las patologías más

importantes se encuentran los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, etc. Estos están directamente ligados con lo que implica un buen desarrollo académico.

La etapa de la preparatoria abarca desde el proceso de convertirse de adolescente a adultos hasta personas que son capaces de tomar decisiones clave para el futuro, en las instituciones refuerzan valores y bases educativas, pero de igual manera es un lugar que les permite desarrollar nuevas experiencias, así como que de ahí parte una cadena de descubrimientos constantes.

El tener un buen desempeño académico reflejado en las notas es un indicador de multifactorial, que va desde la calidad de la institución, de los docentes, del programa educativo, circunstancias sociales, familiares, etc.

El desempeño académico está relacionado con el consumo de alcohol, se considera importante el proceso cognitivo frente al consumo de alcohol ya que afecta capacidad de atención de la persona, su manera de expresarse y su agilidad al pensamiento puesto que crea su inteligencia para generar conocimientos, lo que produce fortalezas, desafíos y habilidades, así como la creatividad para el aprendizaje en el área de estudio (Figuerola et al., 2004).

Existe la necesidad de nuevas acciones, por parte de las instituciones de educación profesional, que tengan como objetivo la prevención y disminución del consumo de alcohol en los estudiantes; debido a la alta prevalencia de este problema, a los factores de riesgo presentes en este tipo de población y a las consecuencias que conlleva esta conducta en el propio rendimiento académico (Vargas, 2020).

Metodología

Se realizó un estudio correlacional de corte transversal en virtud de que se documenta en la población estudiada el rendimiento académico por género asociado al consumo de alcohol en estudiantes de nivel medio superior de una institución privada. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson como prueba de correlación de los datos obtenidos, que es medida de la correlación que se basa en los datos ordenados por rangos de dos variables (Anderson y Sweeney, 2008).

La población estuvo conformada por la totalidad de los estudiantes inscritos en una escuela preparatoria privada ubicada en la región occidente del país, con una participación de 101 estudiantes. Los participantes dieron respuesta a una cédula de datos, el cuestionario de riesgo para el consumo de alcohol AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y el kárdex institucional para evidenciar el rendimiento académico mediante el promedio general. La cédula de datos contiene factores personales: edad en años cumplidos y grado escolar.

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve, fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo, se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los pacientes sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente, consta de 10 reactivos donde se examina el consumo de alcohol en los últimos doce meses y los problemas que ocurrieron a partir de la bebida. Las preguntas 1-3 hacen referencia a la frecuencia y cantidad de alcohol consumido y se usa para determinar el tipo como un consumo de riesgo o excesivo. Los reactivos 4-6 exploran a posibilidad de dependencia de consumo de alcohol y por último los reactivos 7, 8, 9 y 10 refieren

un consumo dañino. Si el estudiante califica de 8 o más, tiene problemas con su forma de beber; si califica de 1 o más puntos en uno o todos los reactivos del 4 al 6 se considera consumo con dependencia; si se obtiene una puntuación de 1 o más en las preguntas del 7 al 10 indica consumo de alcohol dañino. La opción de respuesta para los reactivos va de 0 que corresponde a nunca, 1 una vez al mes, 2 dos o cuatro veces al mes, 3 dos a tres veces por semana y 4 a cuatro o más veces por semana (Montero et al., n.d.). El estudio se llevó a cabo conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, contemplando los aspectos éticos que garantizan la dignidad y bienestar de los individuos, para el desarrollo de investigación en salud. Previo a la investigación se contactó a los directivos y se obtuvieron los permisos por escrito, posteriormente se contactaron a los padres de familia para obtener la autorización para que participen sus hijos, una vez que aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado para su lectura y en su caso recabar la firma, posteriormente se les entregó un sobre cerrado que contenía la cédula de datos y el instrumento, de acuerdo al Capítulo III De la investigación en Menores de Edad se les entregó el asentimiento informado, mientras a que su responsable legal el consentimiento informado (Ley General de Salud, 2014).

Discusión

El índice de correlación de Pearson obtenido -0.093 , entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico indica una asociación débil y negativa entre estas dos variables en la muestra estudiada. Esto sugiere que, en general, a medida que el consumo de alcohol aumenta, el rendimiento académico tiende a disminuir ligeramente, aunque esta relación no es estadísticamente significativa.

Este resultado es consistente con algunas investigaciones previas que han encontrado asociaciones negativas entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico en estudiantes de nivel medio superior y universitario (Borsari & Carey, 2001; Paschall et al., 2005). Estos estudios han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede tener efectos adversos en el funcionamiento cognitivo y la capacidad de concentración, lo que a su vez puede afectar el desempeño académico de los estudiantes.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que otros estudios han encontrado resultados mixtos o incluso contradictorios en relación con esta asociación. Algunos investigadores han sugerido que factores como el género, la edad, el nivel socioeconómico y la motivación académica pueden modular la relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico (Wetherill & Fromme, 2016; Caldeira et al., 2009). Además, la presencia de variables no controladas en el estudio actual podría haber influido en la fuerza y dirección de la asociación observada.

Un coeficiente de correlación cercano a cero indica que no existe una relación lineal fuerte entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico de los estudiantes.

En primer lugar, es importante destacar que una correlación cercana a cero no implica necesariamente la ausencia total de relación entre las variables. Sin embargo, en este caso, el valor de -0.093 indica que cualquier asociación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico es extremadamente tenue y poco significativa desde un punto de vista estadístico.

Existen varias posibles interpretaciones para esta correlación:

1. Ausencia de relación causal: La correlación de -0.093 sugiere que el consumo de alcohol tiene poco impacto directo en el rendimiento académico de los estudiantes. Es posible que otros factores, como la motivación, el entorno familiar, las habilidades de estudio, entre otros, tengan una influencia mucho mayor en el rendimiento académico que el consumo de alcohol.
2. Factores de confusión: Es importante considerar la presencia de posibles variables de confusión que podrían estar influyendo en la relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico. Estos factores podrían sesgar la asociación observada o enmascarar una relación más significativa entre las variables de interés.
3. Limitaciones del estudio: La correlación observada podría estar sesgada por limitaciones en el diseño del estudio, el tamaño de la muestra, la medición de las variables o la precisión de los datos recopilados. Es fundamental considerar estas limitaciones al interpretar los resultados y generalizar las conclusiones.

Conclusiones

Por lo tanto, aunque la correlación de Pearson de -0.093 sugiere una relación débil entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico en los estudiantes de la muestra estudiada, es necesario interpretar estos hallazgos con cautela y considerar otros factores que puedan influir en esta relación. Se necesitan más investigaciones longitudinales y con diseños más robustos para comprender mejor la naturaleza y la dirección de la asociación entre el consumo de alcohol y el rendimiento académico en los estudiantes de nivel medio superior.

Referencias

- Alcohol, D. A. A. B. (2001, 18 noviembre). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health care. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 391-424.
- Caldeira, K. M., Arria, A. M., O'Grady, K. E., Vincent, K. B., & Wish, E. D. (2009). The occurrence of cannabis use disorders and other cannabis-related problems among first-year college students. *Addictive Behaviors*, 34(11), 411-414.
- Consejo de Salud del Estado aprueba informe del panorama de consumo de drogas. (2021, diciembre 17). *Boletines Dependencias*. <https://boletines.guanajuato.gob.mx/2021/12/17/consejo-de-salud-del-estado-aprueba-informe-del-panorama-de-consumo-de-drogas/>
- David Anderson. Dennis Sweeney, T. W. (2008). *Estadística para administración y economía*, 10a. ed. Cengage Learning.
- Figuroa, C., Acuña, R., Quiroz, L., Navarrete, M., Roa, D., & Rodríguez, F. (2004). Trabajo Original 2 - RECS Vol 15 Num 1 2018. *Rev Educ Cienc Salud*, 15(1), 12-15.

- Gutiérrez M, Lopera XM, Cruz LNS. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Psiconex*. 2016;8(12):1-10. Disponible en https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700010&lng=en&nrm=iso
- Julio C. Vargas, R. G. (2020). Salud y educación. Obtenido de Nivel de consumo de alcohol y rendimiento académico en estudiantes :file:///C:/Users/andre/Downloads/6433-Manuscrito-35256-1-10-20201110.pdf
- Mendez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejada, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., & Villegas-Pantoja, M. Á. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438–448. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2018.18.4.6>
- Montero, S. Á., Gallego Casado, P., Latorre De, C., Cruz, L. A., & Fernández, F. B. (n.d.). REVISIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA AUDIT test (Alcohol Use Disorders Identification Test) for the detection of alcohol related problems in Primary Health Care. Retrieved February 26, 2023, from <http://www>.
- Paschall, M. J., Freisthler, B., & Lipton, R. I. (2005). Moderate alcohol use and depression in young adults: Findings from a national longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 95(3), 453-457.
- Ramos, J. C. V., Saldaña, R. M. E. G., Talamantes, A. L., Brugada, L. E. B., & Palencia, A. R. (2020). Nivel de consumo de alcohol y rendimiento académico en estudiantes universitarios del estado de Hidalgo, México. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*, 9(17), 31–36. <https://doi.org/10.29057/ICSA.V9I17.6433>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. (s. f.). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
- Supervía., P. U., & Bordás, C. S. (2018). School Motivation, Emotional Intelligence and Academic Performance in Students of Secondary Education. *Actualidades En Psicología*, 32(125), 95–112. <https://doi.org/10.15517/AP.V32I125.32123>
- Wetherill, R. R., & Fromme, K. (2016). Alcohol use, expectancies, and sexual sensation seeking as correlates of HIV risk behavior in heterosexual young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 172-183.
- Yenisei Ramírez Toscano, M. C. (2023). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. Resultados de Guanajuato. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Afrontamiento ante la muerte del personal de enfermería de un hospital de Morelia Get through with the death of nursing staff at a hospital in Morelia

Facio Rosas José Eduardo¹, Valadez Cisneros Ana Adelaida¹, Núñez Pastrana Fabiola¹, Ortiz Mendoza Guadalupe¹, Pérez Guerrero Ruth Esperanza¹, Huerta Baltazar Mayra Itzel¹

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Correo de autor principal: 1607680a@umich.mx

Resumen

El personal de enfermería es una base fundamental para la atención hospitalaria, los profesionales de la salud se enfrentan continuamente con la realidad de la muerte de otras personas, que es un proceso complejo y difícil de afrontar, es por eso por lo que el afrontamiento ante el fenómeno de la pérdida depende de las habilidades cognitivas y recursos personales de las enfermeras. **Objetivo general:** Evaluar el nivel de afrontamiento ante la muerte del personal de enfermería de un hospital de Morelia, Michoacán. **Objetivos específicos:** Caracterizar al personal de enfermería con base en las variables sociodemográficas, identificar el nivel de afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería, conocer las actitudes ante la muerte por parte del personal de enfermería. **Metodología:** Fue un estudio cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal. Muestreo no probabilístico a conveniencia. Muestra compuesta por 90 trabajadores de Enfermería de un Hospital de Morelia. El instrumento utilizado fue la Escala de Actitud para el Cuidado de Personas al Final de la Vida ($\alpha=0.80$). La investigación se realizó de febrero a junio de 2023. **Resultados:** El 38.9% corresponde al grupo de edad de 30 a 39 años, el 78.9% de la población fueron mujeres, el 49% se encuentra laborando en el turno matutino, en cuanto al nivel de afrontamiento ante la muerte presenta un 58% de aceptación ante este suceso, y actitudes que presenta el personal de enfermería ante la muerte es del 53% de buena actitud ante esto. **Conclusiones:** Una mayor formación mejoraría tanto la actitud como el afrontamiento en el personal de enfermería, lo cual implicaría una mejor atención a los pacientes y familiares.

Palabras Clave: Muerte, Profesional de Enfermería, Actitud Frente a la Muerte.

Abstract

Nursing staff constitute a fundamental basis for hospital care, health professionals continually encounter the reality of the death of others, it is a complex process and difficult to face, which is why coping with the phenomenon of loss depends on the cognitive abilities and personal resources of the nurses. The attitudes that are expressed individually towards death and related aspects such as pain, grief or suffering, can condition the way in which nursing professionals face death and thus establish the treatment they provide to the sick. in a terminal situation and their families. **General objective:** To evaluate the level get through with death of the nursing staff of a hospital in Morelia, Michoacán. **Specific objectives:** Characterize nursing staff based on sociodemographic variables, identify the level of coping with death in nursing staff, correlate the level of coping with sociodemographic variables. **Methodology:** quantitative, descriptive, prospective and cross-sectional study, sample of 90 male and female nurses, instrument "Attitude Scale for the Care of People

at the End of Life". **Results:**38.9% correspond to the age group of 30 to 39 years, 78.9% of the population were women, 49% are working the morning shift, regarding the level of coping with death, there is 58% acceptance of death. This event, and the attitudes that nursing staff have towards death, have a 53% good attitude towards it. **Conclusions:** Greater training would improve both the attitude and coping of nursing staff, which would imply better care for patients and families.

Keywords: Nursing, Adaptation, Psychological, Death.

Introducción

El personal de enfermería constituye una base fundamental para la atención hospitalaria ya que en el mundo hay aproximadamente 28 millones de profesionales de enfermería, 30% de los cuales, o unos 8.4 millones, trabajan en la Región de las Américas (Cassiani et al., 2020).

La muerte, es uno de los fenómenos naturales que forman parte del ciclo normal de la vida, en la mayoría de las personas puede desencadenar miedo y ansiedad, algunos autores definen "la muerte como una parte intrínseca a la vida, es el destino inevitable de todos los seres humanos" (Vázquez et al., 2021).

El personal de enfermería está en contacto permanente con la muerte y el sufrimiento ajeno, la muerte del paciente es un evento único y difícil de afrontar. Escobar en su estudio del 2020, resalta que el trabajo de un enfermero implica mucha responsabilidad, la enfermera debe enfrentarse también con el dolor que conlleva una pérdida de algún paciente, lo que contribuye a que la profesión de enfermería sea considerada como una profesión altamente estresante.

Magaña (2019) define al afrontamiento como el esfuerzo para manejar las demandas específicas ya sean internas o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos con que dispone la persona para enfrentarse al problema. Según Mota (2021), las estrategias de afrontamiento son características propias de cada persona que aparecen cuando el individuo ha hecho una evaluación donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas o amenazantes del entorno. Campos (2020) indica que, existen dos tipos de afrontamiento que el ser humano puede experimentar: La primera dirigida al problema, y la segunda dirigida a la emoción.

El personal de enfermería al estar mayor parte del tiempo con el paciente ha de enfrentarse al sufrimiento, la aflicción y los celos que pueden existir en los diversos momentos que involucran el cuidar, es por ello que además del conocimiento sobre diferentes técnicas instrumentales y enfermedades, debe también de poseer actitudes y habilidades para atender los sentimientos de los otros y sus emociones ante el paciente con o sin probabilidad de curación. Duque (2020).

En su artículo de 2021 "La muerte del paciente, el proceso de duelo y el síndrome de Burnout en el personal sanitario" Baquerizo refiere, que de manera equivocada se tiende a creer que el personal de la salud, por estar en contacto continuo con la muerte de algún paciente está más preparado para enfrentarse a la muerte y al duelo, pero experimentar la muerte es un proceso complejo, difícil de manejar y poco comprendido por la población.

En el área hospitalaria, los profesionales de enfermería son quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de los principales objetivos es el cuidado de ellos lo que genera un vínculo personal que, al verse interrumpido por la muerte del paciente, puede influir positiva o negativamente en la actitud del personal sanitario, lo que deriva la importancia de que los profesionales de enfermería elaboren una humana aceptación de la muerte como parte de la vida. (Fernández et al., 2017).

Objetivo general

Analizar el nivel de afrontamiento ante la muerte del personal de enfermería de un hospital de Morelia, Michoacán.

Objetivos específicos

1. Identificar las variables sociodemográficas que caracterizan al personal de enfermería.
2. Identificar el nivel de afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería en un hospital de Morelia, Michoacán.
3. Conocer las actitudes ante la muerte por parte del personal de enfermería

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, y transversal, durante los meses de febrero a junio de 2023.

La población para este estudio fueron las enfermeras y enfermeros de los servicios de Terapia intensiva, Urgencias, Medicina interna, Cirugía y traumatología, Quirófano y otros; que laboran en un hospital de la ciudad de Morelia Michoacán, México, muestreo no probabilístico elegida por conveniencia.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de selección: se incluyó en el estudio a todo el personal de enfermería del hospital, de los cuatro turnos de servicio y quienes estuvieron de acuerdo en participar en este estudio. Siendo los criterios de exclusión, los pasantes de enfermería en servicio social, personal recién ingresado a laborar en la institución y los instrumentos empleados incompletos.

Para lograr los objetivos de este estudio se utilizó el instrumento: Escala de Actitud para el Cuidado de Personas al Final de la Vida (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale = FATCOD), la cual fue desarrollada por Frommelt, versión en español, que consta de 30 ítems, tipo de respuesta Likert, que califican el grado de acuerdo con una escala de 1 a 5 puntos (que van de 1 = muy en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo). Los ítems 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 30 examinan actitudes positivas hacia el cuidado en fin de vida y los restantes evalúan actitudes negativas. El rango de puntuación global es de 30 a 150 puntos, donde los puntajes más altos reflejan una actitud más favorable hacia el cuidado al final de la vida. Se observó que la adaptación al español de la escala FATCOD es válida y fiable, una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.80.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, y se les solicitó a los participantes que firmen un consentimiento informado. Número de folio CI/FacEnf/003/2022

El procedimiento de recolección de los datos inició cuando se obtuvo la aprobación, para la realización de la investigación por parte de las autoridades correspondientes, se identificó a la población elegida para su estudio, cumpliendo con los requisitos establecidos, explicándoles en qué consiste el estudio y siguiendo todas las consideraciones éticas que garanticen la beneficencia de la población.

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 27 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva para análisis de las variables sociodemográficas, con medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (rangos, desviación estándar) para

las variables cuantitativas; y se emplearán frecuencias absolutas y relativas, así como porcentajes para las variables cualitativas.

Resultados

Para esta investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniendo un total de 90 enfermeras que laboran en un hospital de Morelia, Michoacán.

De los 90 participantes de este trabajo, en la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas que los caracterizan. La media de edad corresponde al grupo de 30-39 años con un 38.9% (35), en relación al género se presentó con mayor porcentaje el 78.9% (71) de los participantes fueron mujeres y el 21.1% (19) fueron hombres.

Tabla 1.
Descripción de los participantes (n=90)

Variables	f (Frecuencia)	% (Porcentaje)	
Edad	18-29	26	28.9%
	30-39	35	38.9%
	40-49	25	27.8%
	>50	4	4.4%
	Total	90	100%
Género	Mujer	71	78.9%
	Hombre	19	21.1%
Total	90	100%	

Nota: Cédula sociodemográfica.

En la Tabla 2 se identifica que la mayoría de los participantes están en el turno matutino con el 49% (44) y la minoría se encuentra en Jornada Acumulada con el 13% (12). Así mismo se observa que la mayoría de los encuestados se encuentran en el servicio de Oncología 78.9% (71) y la minoría en Cirugía y Traumatología, Quirófano y Otro con el 4.4% (4).

Tabla 2.
Descripción de los participantes (n=90)

Variables	f (Frecuencia)	% (Porcentaje)	
Turno	Matutino	44	48.9%
	Nocturno	18	20%
	Vespertino	16	17.8%
	Jornada acumulada	12	13.3%
	Total	90	100%
Servicio	Oncología	71	78.9%
	Terapia intensiva	14	15.6%
	Urgencias	11	12.2%
	Medicina interna	9	10%
	Cirugía y traumatología	4	4.4%

Quirófano	4	4.4%
Otro	4	4.4%
Total	90	100%

Nota: Cédula sociodemográfica.

En lo que respecta la Tabla 3, se observa que, según la escala FATCOD el personal de enfermería piensa que proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa con el 58.9% (53) y que no les da miedo establecer una amistad con la persona que se está muriendo 58.9% (53).

Tabla 3.
Actitud para el Cuidado de Personas al Final de la Vida

Variables		f (Frecuencia)	% (Porcentaje)
Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa	Totalmente en desacuerdo	8	8.9%
	Desacuerdo	1	1.1%
	Neutro	9	10%
	De acuerdo	19	21.1%
	Totalmente de acuerdo	53	58.9%
Total		90	100%
Me da miedo establecer una amistad con la persona que se está muriendo	Totalmente en desacuerdo	20	22.2%
	Desacuerdo	53	58.9%
	Neutro	9	10%
	De acuerdo	5	5.6%
	Totalmente de acuerdo	3	3.3%
Total		90	100%

Nota: Escala de Fatcod.

En lo que respecta la Tabla 4, se identifica que el personal de enfermería está Totalmente en desacuerdo con la variable de "No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo" 45.6% (41), y están Totalmente de acuerdo en que los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo 34.4% (31).

Tabla 4.
Actitud para el Cuidado de Personas al Final de la Vida

Variables	f (Frecuencia)	% (Porcentaje)
-----------	----------------	----------------

No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo	Totalmente en desacuerdo	41	45.6%
	Desacuerdo	24	26.7%
	Neutro	20	22.2%
	De acuerdo	4	4.4%
	Totalmente de acuerdo	1	1.1%
Total		90	100%
Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo	Totalmente en desacuerdo	2	2.2%
	Desacuerdo	7	7.8%
	Neutro	11	12.2%
	De acuerdo	31	34.4%
	Totalmente de acuerdo	39	43.3%
Total		90	100%

Nota: Escala de Fatcod.

En la Tabla 5, el personal de enfermería demuestra actitudes positivas para el cuidado de personas al final de la vida, ya que la mayoría están Totalmente en desacuerdo con respecto cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo 41.1% (37). Y con respecto a que la persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos también están Totalmente en desacuerdo con el mismo porcentaje.

Tabla 5.

Actitud para el Cuidado de Personas al Final de la Vida

Variables	f (Frecuencia)	% (Porcentaje)	
Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo	Totalmente en desacuerdo	37	41.1%
	Desacuerdo	34	37.8%
	Neutro	15	16.7%
	De acuerdo	4	4.4%
	Totalmente de acuerdo	0	0%
Total		90	100%
La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos	Totalmente en desacuerdo	37	41.1%
	Desacuerdo	33	36.7%
	Neutro	13	14.4%
	De acuerdo	4	4.4%
	Totalmente de acuerdo	3	3.3%
Total		90	100%

Nota: Escala de Fatcod.

Discusión y Conclusiones

El cuidado al final de la vida es especialmente difícil y exigente, ya que implica enfrentarse con la enfermedad en su etapa terminal que inevitablemente conducirá a la muerte.

Escobar (2020) resalta que el trabajo de un enfermero implica mucha responsabilidad. Mantiene contacto con los pacientes y sus familiares, además también debe enfrentarse con el dolor que conlleva una pérdida de un usuario. Todos estos factores contribuyen a que la enfermería sea considerada como una profesión altamente estresante.

Es así que se planteó como objetivo general: Analizar el nivel de afrontamiento ante la muerte del personal de enfermería de un hospital de Morelia, Michoacán.

Los hallazgos en las variables sociodemográficas del estudio reportan que en relación al sexo el 78.9 % fueron mujeres y el 21.1% fueron hombres, así mismo Marchán (2016) menciona en su investigación que el 84.6% de su población de estudio son mujeres.

Lledó (2020) menciona que el personal de enfermería tiene un buen afrontamiento hacia la muerte presentando un 31.37%, mientras que en esta investigación se obtiene un 58.9%.

En relación a las actitudes que presenta el personal de enfermería, haciendo énfasis en el miedo, el ítem "Me da miedo establecer una amistad con la persona que se está muriendo" se menciona un 58.9% estando en desacuerdo el personal de enfermería mientras que Fernández en su artículo comenta que el personal tiene una aceptación neutra, no obteniendo datos significativos.

Cabe mencionar que la población de estudio comentó que la muerte es una etapa de la vida, pero que debería tener las suficientes herramientas para tener mejor actitud ante estos sucesos, por qué si causa un impacto emocional el cuidar este tipo de pacientes, aunque se quiera deja de lado la sensación de ese momento puede ocasionar alguna situación emocional como Síndrome de Burnout.

Es importante resaltar que la capacitación permanente para el personal de salud enfatizando al personal de enfermería sobre la aceptación, afrontamiento y cuidados al final de la vida deberían ser parte fundamental para brindar cuidados especializados para una mejor atención a los pacientes y familiares.

Una mayor formación mejoraría tanto la actitud como el afrontamiento en el personal de enfermería, lo cual conllevaría una mejor atención a los pacientes y familiares.

Referencias

- Baquerizo, P., Calvo, P., Soriano, V., Hernáiz, S., Fabra, M. & Cerdán, P. (2021). *La muerte del paciente, el proceso de duelo y el síndrome de Burnout en el personal sanitario*. Revista Electrónica de Portales Medicos. 16(11). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-muerte-del-paciente-el-proceso-de-duelo-y-el-sindrome-de-burnout-en-el-personal-sanitario/>
- Campos, L., Jaimes, M., Villavicencio, M. & Esteban, E. (2020). *Bienestar Y Afrontamiento Psicológico De Estudiantes Universitarios En Estado De Confinamiento Por Covid-19*. Revista inclusiones. (7). <http://revistainclusiones.org/pdf25/29%20VOL%207%20NUM%20OCTDIC%20ESPECIAL2020%20REVISINCLUSIII.pdf>
- Cassiani SHB, Munar Jimenez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. (2020). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Rev Panam Salud Publica; 44:e64. DOI: <https://doi.org/26633/RPSP.2020.64>
- Duque, P., Betancour, Y., Franco, A., Hoyos, M. & Valencia, E. (2020). *Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico*. Investigación en enfermería, imagen y desarrollo. 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.adem>

- Escobar, L., Fernández, S., Montenegro, O., Avalos, D., & Medina, O. (2020). *Estrategias de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico*. *Notas De Enfermería*, 20(36), 22–30. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/30836>
- Fernández, J., García, L., García, M., Fernández, A. & Lozano, T. (2017). *Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de Enfermería*. *Tiempos de enfermería y salud*. 2(1):27-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6319007>
- Lledó, A. Bosh, A. (2020). *Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico*. *Semantic Scholar*. DOI:10.1016/j.enfi.2020.03.004
- Magaña, M., Bermejo, C., Villaceros, M. & Prieto, R. (2019). *Estilos de afrontamiento y diferencia de género ante la muerte*. *Revista de Psicoterapia*. 30 (112), 103-117. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>
- Marchán, S. (2016). *Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología*. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277911>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J. & Gómez, M. (2021). *Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal*. *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*. 13(1): 50-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7898562>
- Vázquez, D., Hernández, V., Castruita, M. & Álvarez, A. (2021). *Experiencia de la enfermera ante la muerte del paciente pediátrico*. *ACC CIETNA*. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i1.566>

JANASKAKUA

Revisión sistemática

Revisión sistemática de resiliencia en hijos de padres con consumo dependiente de alcohol Systematic review of resilience in children of parents with dependent alcohol consumption

Martínez Ávila Brenda¹, Álvarez Aguirre Alicia².

¹ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería.

² Universidad de Guanajuato. Campus Celaya Salvatierra. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías.

Correo de autor principal:

brenda.martinez@umich.mx

Resumen

Introducción: La resiliencia es el proceso de sobreponerse a la adversidad, adaptarse y seguir adelante. El entorno inicial de los niños influye de manera importante en su desarrollo, puede convertirse en un factor de riesgo cuando son ambientes vulnerables, como el consumo de alcohol parental. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia científica sobre la resiliencia en hijos de padres con consumo dependiente de alcohol. **Método:** Se realizó una búsqueda sistemática con los principios de la Declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) en PubMed, NCBI, BioMedCentral, Wiley Online Library, PubMedCentral, CONRICyT, SciELO, Web of Science, Latindex, Redalyc.org, ELSEVIER, AmeliCA, Dialnet. Como criterios de inclusión, se consideraron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasiexperimentales publicados entre marzo 2015 a marzo 2020, en inglés, español y portugués sobre resiliencia en niños-adolescentes hijos de padres con consumo dependiente de alcohol; se eliminaron los estudios cualitativos, obteniendo una muestra de 11 artículos. **Resultados:** La resiliencia se define como las habilidades o características de la personalidad del individuo que le permiten adaptarse de forma exitosa a circunstancias adversas de su vida, presenta factores de riesgo y de protección en los que es determinante el consumo de alcohol por parte de los padres. **Conclusión:** Existe escasa evidencia científica sobre la resiliencia en la segunda infancia, en hijos de padres con consumo dependiente de alcohol, por lo que es valioso enriquecer esta línea de investigación, así como el diseño de intervenciones que promuevan la resiliencia y bienestar de los niños en este grupo de edad.

Palabras clave: Resiliencia; Niños; Adolescentes; Padres; Alcoholismo (DeCS).

Abstract

Introduction: Resilience is the process of overcoming adversity, adapting and moving forward. The initial environment of children has an important influence on their development, it can become a risk factor when they are vulnerable environments, such as parental alcohol consumption. **Objective:** To synthesize the scientific evidence on resilience in children of parents alcohol-dependent consumers. **Methods:** A systematic search with Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA principles was carried out in PubMed, NCBI, BioMedCentral, Wiley Online Library, PubMedCentral, CONRICyT, SciELO, Web of Science, Latindex, Redalyc.org, ELSEVIER, AmeliCA, Dialnet. Systematic reviews, randomized clinical trials and quasi-experimental studies published between march 2015 and march 2020, in english,

spanish and portuguese on resilience in children-adolescents who are the children of alcohol-dependent parents, were considered as inclusion criteria; qualitative studies were eliminated, obtaining a sample of 11 articles. **Results:** Resilience is defined as the abilities or personality characteristics of the individual that allow him to adapt successfully to adverse circumstances in his life, it presents risk and protective factors in which parental alcohol consumption is decisive. **Conclusion:** There is little scientific evidence on resilience in second childhood, in children of alcohol-dependent parents, so it is valuable to enrich this line of research, as well as the design of interventions that promote the resilience and well-being of children in this age group.

Keywords: resilience, children, adolescents, parents, alcoholism (DeCS).

Introducción

La resiliencia es la capacidad de transformar la adversidad en una experiencia de crecimiento y avanzar (Polk, 1997). Las ciencias sociales la definen como la habilidad o capacidad del ser humano de desarrollarse psicológicamente sano y socialmente exitoso a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo (González Arratia, 2015), es lo que permite aún en el desastre seguir dando un poco de felicidad y sentido a la vida. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe promoverse desde la infancia (Grotberg, 2006). En este sentido, los niños construyen su identidad e ideas del futuro a partir de las posibilidades del contexto en el que viven. En la familia es donde se fundamentan valores y acciones que repercuten de forma directa en su bienestar, el rol de la familia en la vida de los niños, puede resultar en un ambiente favorecedor del desarrollo infantil (Suárez, 2018), o constituirse en factores de riesgo, como lo es el caso del consumo dependiente de alcohol parental, que incrementa la probabilidad de padecer alteraciones psicosociales, problemas de conducta, baja autoestima, trastornos psiquiátricos e inicio temprano de abuso de sustancias (Reyna, 2012). El alcoholismo es un padecimiento multicausal, originado por factores genéticos, psicosociales y ambientales caracterizado por una ingestión repetida y excesiva de alcohol. A menudo la enfermedad, es progresiva y mortal (Reyna, 2012; OMS, 2022). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol es un problema de Salud Pública que genera una carga sanitaria, social y económica considerable para la sociedad (OMS, 2022); la OMS refiere, que cada año mueren 3 millones de personas en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa el 5.3% de todas las defunciones, además de ser un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. El alcoholismo de un miembro afecta a toda la familia (Al anon, 1991), en la que los niños son los más vulnerables, sobre todo porque no poseen completa autonomía, sino que, la satisfacción de sus necesidades depende de sus cuidadores.

Existen revisiones de la literatura que indican que los hijos de personas con consumo nocivo de alcohol (Children of Alcoholics, COA) están expuestos a factores de riesgo biológicos y ambientales para problemas sociales, familiares y de comportamiento (Tinnfält et al., 2018; Park, et al., 2015); la mayoría son estudios en preescolares y adolescentes, y en menor cantidad en la mediana a tardía infancia (Park, et al., 2015; Kuntsche, et al., 2017), por lo que existen vacíos en el conocimiento de cómo favorecer, en este grupo de edad, el desarrollo de habilidades de autorregulación y comportamiento externo que aumenten la resiliencia.

Ante este fenómeno, se requiere profundizar en investigaciones sobre el tema con el propósito de contribuir al conocimiento científico y en un segundo momento, a la práctica de enfermería mediante el diseño e implementación de intervenciones que prevengan riesgos entre los que se encuentra principalmente el

consumo de alcohol, por lo cual, se plantea la siguiente pregunta que direcciona esta revisión sistemática: ¿cuál es la evidencia científica existente, respecto a la resiliencia en hijos de padres con consumo dependiente de alcohol?

El estudio de cómo se generan metas, las condiciones personales y contextuales que facilitan o impiden su consecución y la importancia que tiene la adversidad en el desarrollo de los individuos, hace relevante el estudio de la resiliencia en niños en un contexto de consumo de alcohol parental, lo que a su vez, permitirá direccionar intervenciones de enfermería eficaces en beneficio de su salud y bienestar integral favoreciendo el crecimiento sano y la promoción de una vida plena libre de adicción al alcohol.

Por este motivo, el objetivo de la presente revisión sistemática es sintetizar la evidencia científica de estudios cuantitativos, respecto a la resiliencia en niños-adolescentes hijos de padres con consumo dependiente de alcohol.

Método

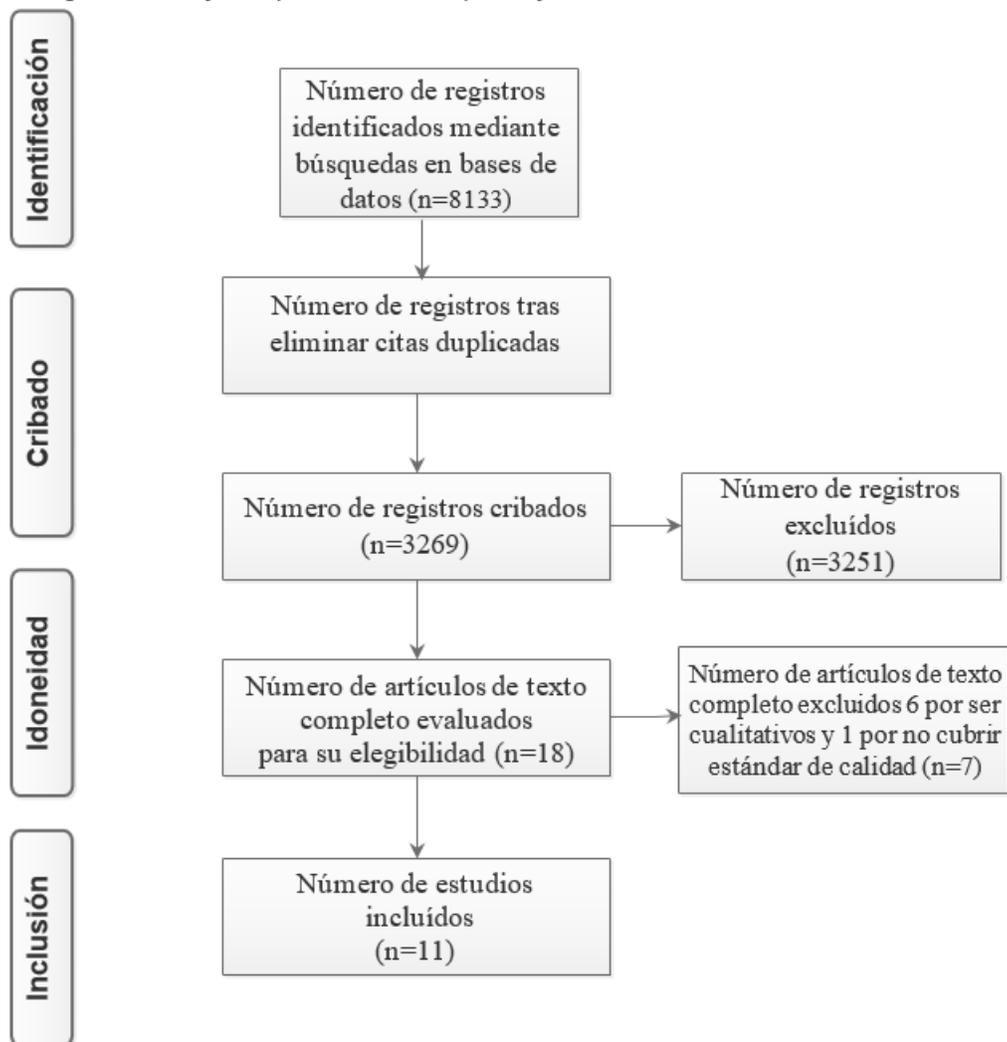
Se realizó una revisión sistemática con los principios de la Declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moraga, et al., 2015). Para los criterios de elegibilidad se consideraron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) y estudios cuasiexperimentales sobre la resiliencia en hijos de padres con consumo dependiente de alcohol, publicados entre marzo de 2015 a marzo de 2020. Las áreas de publicación de las revistas fueron Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades; se establecieron filtros de estudios en inglés, español y portugués en texto completo que incluyeran las variables de estudio. Con relación a los participantes, se consideraron niños y adolescentes (OMS, 2022). Como criterios de exclusión, se eliminaron los estudios cualitativos. Las fuentes de información fueron las bases de datos PubMed, NCBI, BioMedCentral, Wiley Online Library, PubMedCentral, CONRICyT, SciELO, Web of Science, Latindex, Redalyc.org, ELSEVIER, AmeliCA, Dialnet. La búsqueda de literatura comprendió el periodo de enero a marzo de 2020, realizándose la última el 15 de marzo; se emplearon descriptores del DeCS y MESH, utilizando los operadores booleanos AND y OR: *resilience AND children OR adolescent AND parents alcoholics*. Se realizó la búsqueda y selección de los artículos con base en la variable de resiliencia y características de los participantes de estudio, hijos de padres con consumo dependiente de alcohol. Para asegurar la calidad de los artículos potencialmente elegibles se utilizaron los siguientes instrumentos: Lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del Instituto Joanna Briggs (Whiting, et al., 2003), conformada por 11 ítems, siendo la puntuación máxima 11; la Jadad scale for reporting randomized controlled trials (JADAD) (Jadad, et al., 1996) para evaluar los ECAs, que tiene cinco ítems, con una puntuación de 0 a 5, considerando aquellos aspectos relacionados con el sesgo del estudio, como la asignación al azar o el enmascaramiento. Para evaluar los estudios cuasiexperimentales se utilizó la Lista de verificación del Instituto Joanna Briggs para Estudios cuasiexperimentales (Tufanaru, et al., 2020), con nueve ítems, siendo 9 la puntuación máxima, y para evaluar la calidad de los metaanálisis se utilizó The Newcastle-Ottawa Scale (Escala NOS) (Wells, et al., sf.), la cual tiene ocho elementos, con una estrella otorgada en cada elemento que se refiere a las categorías de selección y exposición, y un máximo de dos en la comparación. Cabe señalar que los estudios para ser incluidos tuvieron que sobrepasar 40% de la puntuación máxima de los instrumentos mencionados.

Se encontraron 8133 artículos en la búsqueda inicial, se eliminaron los duplicados y se revisaron 3269 (título y resumen), de los cuáles se eliminaron 3257 que no cumplían los criterios de inclusión. Se

revisaron 18 a texto completo y se excluyeron 6 por ser estudios cualitativos y 1 por no cubrir el 40% de criterios de calidad del instrumento mencionados en los criterios de elegibilidad, por lo que finalmente se incluyeron 11, tal como se muestra en la Figura 1, para el proceso de extracción de los datos se realizó una síntesis de resultados individuales y categorización de los estudios.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección.



Fuente: Elaboración propia

Resultados

Los estudios incluidos se publicaron 7 en inglés (Park, et al., 2015; Usher, et al., 2015; Rudzinski, et al., 2017; Lacopetti, et al., 2019; Rothenberg, et al., 2017; Ip, et al., 2019; Haverfield, et al., 2017) y 4 en español (Pimentel, et al., 2015; García et al., 2018; González Arratia, et al., 2015; Ruvalcaba, et al., 2016) y

se realizaron en los países de EUA (Park, et al., 2015; Usher, et al., 2015; Rothenberg, et al., 2017; Ip, et al., 2019; Haverfield, et al., 2017), Reino Unido (Usher, et al., 2015), España (Usher, et al., 2015; García et al., 2018), Canadá (Usher, et al., 2015; Rudzinski, et al., 2017), Italia (Lacopetti, et al., 2019) y México (Pimentel, et al., 2015; González Arratia, et al., 2015; Ruvalcaba, et al., 2016); el 36% fueron estudios correlacionales (Pimentel, et al., 2015; García et al., 2018; Haverfield, et al., 2017; Ruvalcaba, et al., 2016), 27% revisiones sistemáticas (Park, et al., 2015; Usher, et al., 2015; Rudzinski, et al., 2017), 10% estudios observacionales (González Arratia, et al., 2015) y 27% estudios longitudinales y casos y controles (Lacopetti, et al., 2019; Rothenberg, et al., 2017; Ip, et al., 2019).

Los principales resultados de la información obtenida se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Categorización de los estudios, 2020. (n=11)

Autor, año, país	Tipo de estudio/ Objetivo	Resultados
Park S, et al. (2015) Estados Unidos	Revisión sistemática. Examinar los factores de riesgo y protección en hijos de padres con consumo de alcohol.	En 14 de los 39 estudios incluidos, se encontraron factores de riesgo, en 16 encontraron factores de protección y resiliencia, los cuáles actúan como amortiguadores de las experiencias adversas y eventos estresantes; 24 estudios mostraron evidencia de resultados negativos como comportamientos de externalización (agresividad, bajo rendimiento académico, trastornos de alimentación) y de internalización, como baja autoestima, autorregulación y capacidad cognitiva.
Usher AM, et al. (2015) Estados Unidos, Reino Unido, España y Canadá	Revisión sistemática (revisión realista). Examinar el efecto, de programas de intervención basados en la familia de niños de padres que abusan de sustancias, en términos de qué resultados obtienen y cómo los consiguen.	Encontró evidencia de su efectividad en cuatro áreas de estabilidad familiar: 1) oportunidades para interacciones positivas entre padres e hijos, 2) relaciones de apoyo entre pares, 3) el poder del conocimiento y 4) compromiso con familias de difícil acceso o maginadas mediante estrategias que responden a sus necesidades socioeconómicas.
Rudzinski K, et al. (2017) Canadá	Revisión sistemática (revisión de alcance). Analizar cómo se define, operacionaliza y aplica el concepto de resiliencia en la investigación del uso de sustancias.	Los programas se originaron en el modelo de enfermedad familiar y de prevención familiar. Se encontró evidencia de su efectividad en cuatro áreas de estabilidad familiar: 1) oportunidades para interacciones positivas entre padres e hijos, 2) relaciones de apoyo entre pares, 3) el poder del conocimiento y 4) compromiso con familias de difícil acceso o maginadas mediante estrategias que responden a sus necesidades socioeconómicas.
Lacopetti C, et al. (2019) Italia	Longitudinal, casos y controles. Analizar eventos de vida positivos, negativos y neutrales, estilos de afrontamiento y	Los niños con padres con consumo nocivo de alcohol tuvieron más eventos vitales 6 meses antes de la evaluación, en su mayoría negativos ($p = 0,000$) y neutrales ($p = 0,006$), y niveles más bajos de bienestar

	<p>bienestar psicológico (resiliencia) en niños que viven con padres que consumen alcohol de manera nociva en comparación con los niños que viven con padres que no consumen alcohol.</p>	<p>psicológico que los niños con padres que no consumen ($p = 0,004$). Asimismo, tienen tasas más altas de trastornos psiquiátricos 56% COA vs. 13% no COA ($p = 0,000$), tendencias suicidas 15% COA vs. 0% no COA ($p = 0.012$) y trastorno de ansiedad generalizada 15% COA vs. 0% ($p = 0.012$). La probabilidad de tener al menos un evento positivo en la vida no está relacionada con el consumo de alcohol de los padres, sino con el comportamiento de afrontamiento evitativo y el bajo comportamiento de autoaceptación ($p = 0,002$).</p>
<p>Rothenberg W, et al. (2017) Estados Unidos</p>	<p>Longitudinal, casos y controles. Examinar las trayectorias de conflicto familiar percibidas por adolescentes como efectos de la insatisfacción matrimonial y consumo de alcohol de los padres.</p>	<p>Las familias con un padre con consumo de alcohol demostraron un mayor conflicto familiar informado por los adolescentes, efecto mediado por una mayor insatisfacción matrimonial de los padres. Los años en que las madres informaron una mayor insatisfacción conyugal que la habitual, coincidieron con los años en que los adolescentes informaron un mayor conflicto familiar. Un modelo de efectos aleatorios reveló significancia ($p < .01$) en variabilidad familiar en conflictos familiares informados por adolescentes con una correlación intraclase (CPI) de 0,54, de los conflictos familiares, el 54% se debió a diferencias entre familias y el 46% se debió a diferencias dentro de la familia. El conflicto familiar disminuyó a medida que los adolescentes crecían, ($\gamma_{00} = 2.70$, $\beta = -0.07$, $p < .01$), en promedio el conflicto familiar informado por el adolescente cuando tenía 10 años era de aproximadamente 2.7 unidades y disminuyó entre los 10 a 17 años a una tasa de 0.07 unidades por año. La varianza tanto en la intersección ($\tau_{00} = 0.46$, $p < .01$) como en la pendiente ($\tau_{11} = 0.16$, $p < .01$) fue significativa.</p>
<p>Pimentel J. (2015) México</p>	<p>Descriptivo, correlacional. Determinar la relación entre la resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes.</p>	<p>67.9% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida, 43.5% en el último año, y 14.5% en los últimos 7 días previos estudio. Se identificó una relación negativa y significativa entre la subescala de competencia personal ($r_s = -0.120$, $p = 0.017$) y la subescala de aceptación de uno mismo y de la vida ($r_s = -0.145$, $p = 0.046$) con la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, es decir, a mayor resiliencia menor el consumo de alcohol.</p>
<p>García BM, et al. (2018) España</p>	<p>Descriptivo, correlacional. Relacionar conductas y actitudes de padres con el consumo y/o las actitudes que tienen sus hijos</p>	<p>Las actitudes paternas positivas hacia el consumo de alcohol y el propio consumo de los padres se asociaron con el hecho de que los adolescentes se hayan embriagado alguna vez ($X^2 = 12.72$; $p = .005$) y tengan actitudes positivas hacia el mismo ($r = .165$ $p = .006$). Las</p>

	respecto a sustancias adictivas y alcohol.	conductas y actitudes de riesgo de los familiares modulan negativamente las creencias y comportamientos de los adolescentes.
Ip KI, et al. (2019) Estados Unidos	Longitudinal, casos y controles. Examinar el impacto de la separación/divorcio de los padres en el desarrollo de síntomas de internalización y externalización entre los hijos de padres con consumo nocivo de alcohol (COA), en los procesos de ajuste conductual desde la primera infancia hasta el comienzo de la adolescencia.	Las familias con presencia de alcohol que más tarde se transformaron en familias ensambladas presentaron mayor antisocialidad paterna, agresión conyugal y crisis familiares graves que las familias consumidoras que permanecieron intactas. Los COA en familias ensambladas (pero no en familias monoparentales) presentaron niveles más altos de síntomas de internalización y externalización ($p=.068$) en La preadolescencia en comparación con aquellos en familias alcohólicas intactas, en parte debido a un riesgo de comportamiento elevado a los 3 años. El modelo tuvo un buen ajuste SEM: $\chi^2(338)=537$, $p=.000$, CFI=0.90, RMSEA=0.04 que refleja que las familias que son más vulnerables a la transmisión del riesgo también son hogares con una mayor incidencia de conflictos familiares y violencia, bajos recursos familiares y más comorbilidad psicopatológica de los padres. Los COA en familias separadas (especialmente las que viven en familias ensambladas) tienen el mayor riesgo de problemas de conducta.
González Arratia LFN, et al. (2015) México	Descriptivo, observacional. Examinar los niveles de resiliencia considerando diferencias de edad y sexo.	El análisis descriptivo reveló niveles de resiliencia baja en niños y adolescentes, mientras que adultos jóvenes y adultez media mostraron nivel de resiliencia alta. Hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres (a favor de las mujeres) en los 4 grupos de edad, que indican mayores factores protectores internos (niños $t=4.93$ $p=.001$; adolescentes $t=7.49$ $p=.001$; adultez media $t=2.22$ $p=.031$), externos (niños $t=5.86$ $p=.001$; adolescentes $t=7.94$ $p=.001$; adultez media $t=2.39$ $p=.021$), empatía (niños $t=4.88$ $p=.001$; adolescentes $t=6.85$ $p=.001$; adultez media $t=2.68$ $p=.010$) y resiliencia total (niños $t=5.65$ $p=.001$; adolescentes $t=7.80$ $p=.001$; adultez media $t=2.51$ $p=.015$) con excepción del factor protector interno ($t=1.60$ $p=.119$) en adultos jóvenes que resultó no significativo.
Haverfield MC, et al. (2017) Estados Unidos	Correlacional. Examinar las asociaciones entre la comunicación parental y la regulación emocional de los adolescentes como marcadores de comportamiento de la resiliencia.	La fiabilidad de las calificaciones de respuesta de la mala comunicación parental manifestada por frustración, evitación, impaciencia, falta de contacto visual fue ICC=0.66 para las familias con consumo de alcohol y para las no consumidoras ICC=0.75; y la fiabilidad de las calificaciones de control fue ICC=0.87 y ICC=0.80 en el orden anterior. La capacidad de respuesta de los padres se asoció positivamente con regulación de las emociones

		de los adolescentes, siendo más fuerte la asociación para familias con consumo de alcohol ($\beta = .88, p < .001$) que para familias no consumidoras ($\beta = .52, p < .01$); el control de los padres se asoció negativamente con regulación de las emociones ($\beta = -.34, p < .05$) y positivamente con la impulsividad en familias consumidoras de alcohol ($\beta = .77, p < .001$) vs. familias no consumidoras ($\beta = .07, p < .79$).
Ruvalcaba RN, et al. (2016) México	Correlacional. Determinar la relación y validez predictiva de los estilos parentales sobre los indicadores de salud mental, tanto positivos como negativos, en adolescentes.	La variable de control psicológico ($t = -2.336^*$) es un importante predictor de la sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que las prácticas parentales relativas a la comunicación ($t = 2.54^*$) explican la presencia de mejores indicadores de ajuste. Se encontró un efecto protector del control conductual materno sobre la presencia de conductas disociales ($-.405^{**}$). Los varones puntuaron más alto en la percepción de la comunicación y el control paterno, mientras que las mujeres percibieron mayor control conductual materno. Se encontró asociación positiva de variables de autonomía (.340**), comunicación (.404**) y control conductual (.358**) con los indicadores de autoestima, resiliencia y competencias socioemocionales respectivamente; y relaciones negativas con variables como la imposición ($-.158^{**}$) y el control psicológico ($-.345^{**}$) asociados a autoestima.

Los resultados muestran evidencia del número limitado de literatura actualizada sobre resiliencia en niños en etapa de la segunda infancia, hijos de padres con consumo dependiente de alcohol. Así mismo, se describe que la resiliencia presenta factores de riesgo y de protección (Park, et al., 2015; Rudzinski, et al., 2017; Lacopetti, et al., 2019; Ip, et al., 2019; García, et al., 2018; Haverfield, et al., 2017; Ruvalcaba, et al., 2016) en los que es determinante el consumo de alcohol por parte de los padres (Park, et al., 2015; Usher, et al., 2015; Rudzinski, et al., 2017; Lacopetti, et al., 2019; Pimentel, et al., 2015; Haverfield, et al., 2017; Ruvalcaba, et al., 2016); las oportunidades de interacción positivas, comunicación y control conductual, favorecen las características resilientes en los hijos de padres con consumo de alcohol (Lacopetti, et al., 2019; Pimentel, et al., 2015; Haverfield, et al., 2017; Ruvalcaba, et al., 2016). Se observaron niveles de resiliencia baja en niños de mediana-tardía infancia y adolescentes (entre 9 y 17 años) (Pimentel, et al., 2015; González Arratia, et al., 2015), con relación a los mayores de 18 años. La capacidad de respuesta de los padres se asocia positivamente con la regulación de emociones de los niños hijos de padres con consumo nocivo de alcohol (Park, et al., 2015; Usher, et al., 2015; García, et al., 2018; Haverfield, et al., 2017; Ruvalcaba, et al., 2016). Para mostrar las características de los estudios y medidas de resultado, se presenta la Tabla 2.

Tabla 2.

Síntesis de características y medidas de resultado, 2020. (n = 11).

Autor, año, instrumentos	Población, rango de edad, muestra	Temas	Categorías
<p>Park S, Schepp KG (2015) Instrumentos: listas de verificación de Moher et al. (2009) para revisiones (RS) sistemáticas y metaanálisis (MA).</p>	<p>RS de 39 estudios con muestras de niños entre 1 y 18 años.</p>	<p>Factores de riesgo y factores de protección de la resiliencia.</p>	<p>Nivel individual, nivel familiar, nivel parental, nivel social</p>
<p>Usher AM, et al. (2015) Instrumentos: proyecto realista y meta-narrativo de evidencia: evolución de los estándares (RAMESES) (Greenhalgh, 2011).</p>	<p>RS de 32 documentos que abarcaron 7 programas de beneficio para niños entre 6 y 18 años.</p>	<p>Semi-regularidades, oportunidades para interacciones positivas, apoyo entre pares, poder del conocimiento, compromiso familiar.</p>	<p>Cambios del comportamiento y emocionales del niño, cohesión familiar, crianza de los hijos.</p>
<p>Rudzinski K, et al. (2017) Instrumentos: escala de resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC) (Wong, et al., 2014); escala de resiliencia de Wagnild & Young (RS) (1993); escala Campbell-Sills y Stein (2007); Sinclair y Wallston (2004) escala de afrontamiento breve resiliencia; escala de dominio de Pearlin (2004); escala de resiliencia disposicional de Bartone (2007) (resistencia) al estrés; California Q-Sort on ego-resiliency</p>	<p>Se revisaron 77 artículos para definir el concepto de resiliencia y cómo medirla, así como factores de riesgo y factores protectores.</p>	<p>Concepto de resiliencia y escalas de medición.</p>	<p>Capacidad, habilidad adversidad, avanzar vencer, afrontamiento, crecer, dominio personal, fortaleza para adaptarse, adaptación positiva, mantener el bienestar, mecanismos de protección,</p>

(Gralinski, et al., 2004).

Lacopetti C, et al. (2019). Instrumentos: apéndice eventos de vida del inventario de personalidad adolescente multifásica de Minnesota (MMPI-A) .92 de consistencia interna ci (Butcher, et al., 2009); inventario de afrontamiento para situaciones estresantes (CISS) con .86 ci.(Endler et al., 1990).

n=90 (13-23 años). 45 niños que viven con padres que consumen alcohol de manera nociva y 45 niños que viven con padres que no consumen alcohol de manera nociva.

Eventos de vida (MMPI-A), afrontamiento para situaciones estresantes (CISS), bienestar psicológico (PWB).

Eventos de vida familiares, interpersonales, ocupacionales, educativos, (MMPI-A); afrontamiento orientado a tareas, afrontamiento orientado a la emoción, hacer frente a la evitación (CISS); autonomía, dominio ambiental, crecimiento personal, relaciones positivas, propósito en la vida, autoaceptación (PWB).

Rothenberg WA, et al. (2017). Instrumentos: DSM-III para determinar uso o dependencia del alcohol a lo largo de la vida de los padres se determinó mediante un informe directo de los padres de una versión computarizada de la entrevista DIS-III (1981); subescala de conflicto familiar derivado de la Escala de Bloom (1985); escala de ajuste diádico para medir insatisfacción conyugal (DAS) con .94 de ci (Spanier, et al., 1982).

Dependencia al alcohol (DIS-III), conflicto familiar, insatisfacción conyugal (DAS).

Uso / dependencia al consumo de alcohol (DIS-III); insatisfacción conyugal como predictor del estado del hijo de padres con consumo dependiente de alcohol; niveles de insatisfacción conyugal alto, medio y bajo (DAS).

<p>Pimentel, et al. (2015). Instrumentos: escala resiliencia de Wagnild & Young (1993) (RS) validada en población mexicana con .92 de confiabilidad.</p>	<p>Adolescentes entre 12 y 21 años n= 657</p>	<p>Resiliencia: competencia personal, aceptación de uno mismo y de la vida.</p>	<p>Autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia; adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable.</p>
<p>García BM, et al. (2018). Instrumentos: cuestionario de información, actitudes y comportamientos relacionados con la salud (CIACS-2) (Ballester, et al., 2007).</p>	<p>n=331 adolescentes entre 13-18 años</p>	<p>Comportamientos y actitudes relacionados con la salud CIACS.</p>	<p>Grado de información, comportamientos y actitudes relacionados con diversos aspectos de la salud y estilos de vida en diferentes etapas evolutivas y conductas relacionadas con el consumo alcohol y drogas, motivaciones para el consumo.</p>
<p>Ip KI, et al. (2019). Instrumentos: criterios de diagnóstico DSM-IV para consumo de alcohol; auto-informe sobre el comportamiento antisocial (Zucker, 2008) con .91 de fiabilidad; Beck depression inventory (BDI) con .81 de fiabilidad (Beck, et al., 2002); escalas tácticas de conflicto con .84 de confiabilidad (Kimsey, et al., 2003); lista de verificación de comportamiento infantil de CBCL; Achenbach .82 confiabilidad (1991).</p>	<p>435 familias (225 familias COA y 210 familias sin consumo) inicialmente intactas con niños de entre 3-5 años n=503 (371 niños COA y 132 de control), para evaluar resultados hasta que cumplieron entre 12–14 años.</p>	<p>Dependencia al alcohol (DSM-IV), comportamiento antisocial, depresión materna (BDI), conflicto familiar, comportamiento infantil.</p>	<p>- Intoxicación aguda / abstinencia alcohólica (DSM-IV). -Antecedentes de comportamiento antisocial. -Síntomas depresivos. -Agresión del padre o de la madre. -Comportamiento de internalización /externalización del niño.</p>
<p>González Arratia LFNI, et al. (2015).</p>	<p>n=607; 4 grupos de edad: 182 niños (9-</p>	<p>Categorías de resiliencia.</p>	<p>- yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de</p>

<p>Instrumentos: cuestionario de resiliencia, autoinforme para niños y adolescentes (2013).</p>	<p>14 años), 136 adolescentes (15-17 años), 177 adultos jóvenes (18-30 años) y 112 adultez media (31-59 años).</p>		<p>fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). - Factores protectores internos / factores protectores externos.</p>
<p>Haverfield MC, Theiss JA (2017). Instrumentos: dimensiones de la clasificación de Baumrid (2014).</p>	<p>n=60 diadas de padres entre 27 y 63 años y adolescentes entre 12 y 19 años, 30 familias con padres con consumo de alcohol y 30 familias con padres no consumidores.</p>	<p>1. Teoriza la resiliencia como constructo multifacético de comunicación 2. Comunicación de los padres en acción 3. Características de la comunicación.</p>	<p>1. Regulación emocional feliz /infeliz, impulsividad feliz /infeliz, capacidad de respuesta feliz /infeliz, control feliz /infeliz. 2. Capacidad de respuesta y control del comportamiento de los padres. 3. Bienestar emocional y conductual de los hijos.</p>
<p>Ruvalcaba RN, et al. (2016). Instrumentos: escala de prácticas parentales con alfa de .90 y .84 (Priesemuth, et al., 2014); inventario Bar-On de cociente emocional (EQ-i-YV) versión en castellano, con alfa de .90 (Andrade, et al., 2012); escala de resiliencia para adolescentes (READ) con un alfa de .88 (Ruvalcaba, et al., 2015); escala de autoestima de Rosenberg, adaptada por Atienza et al. con un alfa de .78 (2000); escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, con un alfa de .76 (CMAS-R) (Reynolds, et al., 2012); inventario de depresión infantil con</p>	<p>n=417 adolescentes entre 12 y 16 años.</p>	<p>Prácticas parentales (PP), cociente emocional (EQ-i-YV), resiliencia (READ), autoestima (AA), ansiedad en niños (CMAS-R) depresión infantil (DI), conducta disocial (ECODI 27).</p>	<p>Comunicación, control conductual, control psicológico, autonomía e imposición (PP); competencias intrapersonales, competencias interpersonales, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo (EQ-i-YV); competencia personal, competencia social, cohesión familiar, recursos sociales y orientación a metas (READ); autoestima en adolescentes (AA); ansiedad, inquietud e hipersensibilidad y la subescala de preocupaciones sociales (AEN); disforia: humor depresivo/tristeza/ preocupación: subescala de autoestima negativa: juicios de ineficacia/ fealdad/ maldad (DI); conductas que anteceden al trastorno antisocial de la personalidad y problemas legales (ECODI 27).</p>

.81 de alfa (Kovacs, 2004); escala de conducta disocial (ECODI 27) (Moral, et al., 2011).

Discusión

Los resultados de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática coinciden con estudios anteriores sobre resiliencia (Goleman, 2003) que la definen como la habilidad o características de la personalidad del individuo que le permiten adaptarse de forma exitosa a las circunstancias adversas de su vida, la cual pueden ser aprendida, practicada y aplicada (Rudzinski, et al., 2017; Pimentel, et al., 2015; García, et al., 2018; González Arratia, et al., 2015). Algunos estudios conciben la resiliencia como un rasgo, un resultado y un proceso (González Arratia, et al., 2007; Grotberg, 2006; Rudzinski, et al., 2017; García, et al., 2013), cuya finalidad es obtener respuestas y relaciones positivas con los demás, así como el desarrollo de habilidades para resolver problemas, tener autocontrol y autonomía en términos de la capacidad de identificar un propósito en la vida (Rudzinski, et al., 2017; Lacopetti, et al., 2019; Rothenberg, et al., 2017; Pimentel et al., 2015; González Arratia, et al., 2015; Haverfield, et al., 2017, Ruvalcaba, et al., 2016; Goleman, 2003).

Por otro lado, los resultados de esta revisión concuerdan con literatura que demuestra que la capacidad de respuesta de los padres se asocia positivamente con regulación de las emociones de sus hijos; y el control de los padres se asocia negativamente con regulación de las emociones y positivamente con la impulsividad (Park, et al., 2015; Haverfield, et al., 2017); existe además similitud con estudios que demuestran que la comunicación, autonomía y control conductual de los padres se asocian con déficit de atención y sintomatología emocional y depresiva en los hijos de padres con consumo dependiente de alcohol (Rothenberg, et al., 2017; Ip, et al., 2019; Haverfield, et al., 2017, Ruvalcaba, et al., 2016; Méndez, et al., 2013), de igual manera, coexiste una asociación entre las actitudes permisivas hacia éste con el consumo de alcohol en los adolescentes y con actitudes positivas hacia esta sustancia (Al-Anon, 1991; García, et al.; 2018).

Algunos estudios revisados mostraron la relación que existe entre la resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes, indicando que a mayor resiliencia menor será el consumo de alcohol (Reyna, 2012; Usher, et al., 2015). Así mismo, la línea de estudios previos y de los analizados en la revisión presente, demuestran la efectividad de escalas de medición de resiliencia (Rudzinski, et al., 2017; García, et al., 2018, González Arratia, et al., 2015; Ruvalcaba, et al., 2016; Wong, et al., 2014; Wagnild, et al., 1993; González Arratia, et al., 2013; Ruvalcaba, et al., 2015) y validadas en población mexicana (Pimentel, et al., 2015; Ruvalcaba, et al., 2016; Wagnild, et al., 1993; Ruvalcaba, et al., 2015).

Las limitaciones que presentaron los estudios revisados fueron relacionadas con los factores culturales que afectan las normas familiares, por lo que sería importante identificar factores de riesgo y de protección en el ámbito cultural (Park, et al., 2015). Además, se encontraron números limitados de programas basados en la familia de niños de padres que abusan de sustancias (Usher, et al., 2015). En las revisiones sistemáticas, una de las limitantes fue la calidad y la variación en el rigor de las evaluaciones, que redujeron considerablemente la literatura (Park, et al., 2015; Usher, et al., 2015), lo cual también ocurrió en la presente revisión. Por último, dos estudios consideraron que los resultados de sus investigaciones pueden tener

limitaciones al hacer generalizaciones debido a la obtención de muestras relativamente pequeñas (Lacopetti, et al., 2019; Haverfield, et al., 2019).

Conclusión

Los once artículos encontrados en la presente revisión definen la resiliencia como las habilidades o características de la personalidad del individuo que le permiten adaptarse de forma exitosa a circunstancias adversas de su vida. El consumo de alcohol parental es un factor de riesgo determinante para la resiliencia de los hijos. Finalmente, se concluye que existe aún escasa evidencia científica actualizada sobre la resiliencia en la segunda infancia, en hijos de padres con consumo dependiente de alcohol, debido a que la mayoría de los estudios se realizan en adolescentes y adultos, por lo que es valioso enriquecer esta línea de investigación por parte de profesionales de enfermería a fin de proponer modelos de cuidado y el desarrollo e implementación de intervenciones destinadas a mejorar el bienestar psicológico y emocional para proteger a los niños en este grupo de edad, de los eventos de la vida, especialmente de los negativos, es decir, que fomenten su resiliencia y les conduzcan hacia una adolescencia saludable.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of psychiatry.
- Al-Anon Family Group. (1991). *Hijos adultos de alcohólicos*. New York: Headquarters, Inc.
- Andrade, P.P., Betancourt, O.D., Vallejo, C.A., Segura-Celis, O.B., Rojas, M.R.R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35: 29- 36. [Http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a5.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a5.pdf)
- Atienza, F.L., Moreno, Y., Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22(1-2):29-42. [Https://www.researchgate.net/publication/308341043](https://www.researchgate.net/publication/308341043)
- Ballester, R., Gil, M.D. (2007). Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-I, II y III): Estudio psicométrico. V World Congress of Behavioral&Cognitive therapies, Barcelona 12, 13 y 14 de Julio de 2007.
- Bartone, P. (2007). Test-retest reliability of the dispositional resilience scale-15, a brief hardiness scale. *Psychol Rep*, 101:943-4. [Https://doi.org/10.2466/pr0.101.3.943-944](https://doi.org/10.2466/pr0.101.3.943-944)
- Beck, T.A., Steer, A.R., Carbin, G.R. (2002). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Elsevier*, 8(1):77-100. [Https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bloom, B.L. (1985). Un análisis factorial de las medidas de autoinforme del funcionamiento familiar. *Proceso familiar*, 24 (2): 225-239. [Doi: 10.1111 / j.1545-300.1985.00225.x.](https://doi.org/10.1111/j.1545-300.1985.00225.x)
- Butcher, J.N., Williams, C.L, Graham, J.R., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., Kaemmer, B. (2009). *MMPI-A: Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescent*. 2a. Edic. Barcelona: TEA Ediciones S.A.

- Campbell-Sills, L., Stein, M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*, 20:1019–28. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Courtright, J.A. (2014). *Observar y analizar el comportamiento de la comunicación*. Nueva York, NY Peter Lang.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). *Inventario de afrontamiento para situaciones estresantes (CISS) Manual 2ed*. Toronto Canadá: Multi-Health Systems Inc; 1990.
- García, B.M., Giménez, G.C., Castro, C.J., Nebot, G.J.E., Ballester, A.R. (2018). ¿Existe relación entre el consumo de alcohol de los padres y el de los adolescentes? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*;2(1):229-238. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349856003025>
- García, V.M.C., Domínguez de la Ossa E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica. *RLCSNJ*, 11(1): 63-77. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77325885001.pdf>
- Goleman, D. (2003). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Javier Vergara Editores.
- González Arratia L.F.N.I., Valdez, M.J.L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica – Psychological Research Records*, 3(1):941- 956. <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358933343004.pdf>
- González Arratia, L.F.N.I. y Valdéz M.J. (2007). Resiliencia en niños. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 38-50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933006>
- González-Arratia, L.F.N.I., Valdez, M.J.L. (2015). Resiliencia diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 5(2):1996-2011. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358942803005>
- Gralinski-Bakker, J.H., Hauser, S.T., Stott, C., Billings, R.L., Allen, J.P. (2004). Markers of resilience and risk: adult lives in a vulnerable population. *Res Hum Dev*, 1:291–326. [10.1207/s15427617rhd0104_4](https://doi.org/10.1207/s15427617rhd0104_4)
- Greenhalgh, T., Wong, G., Westhorp, G., Pawson, R. (2011). Protocolo: síntesis de evidencia realista y meta-narrativa: estándares en evolución (RAMESES). *BMC Med Res Methodol*, 11(115):1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-115>
- Grotberg, N. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. España: Gedisa.
- Haverfield, M.C., Theiss, J.A. (2017). Parental communication of responsiveness and control as predictors of adolescents' emotional and behavioral resilience in families with alcoholic versus nonalcoholic parents. *Rev Human Communication Research*, 43(2):214-36 <https://doi.org/10.1111/hcre.12102>
- Ip, K.I., Jester, J.M., Puttler, L.I., Zucker, R.A. (2019). Alcoholic family marital heterogeneity aggregates different child behavior problems both pre- and postseparation. *Dev Psychopathol*, 31(2):771–788. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30227899/>
- Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D.J., Gavaghan, D.J., et al. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: ¿is blinding necessary? *Control Clin Trials. Elsevier*, 17(1):1–12. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)
- Kimsey, W., Fuller, R. (2003). Conflictalk: an instrument for measuring youth and adolescent conflict management message styles. *Conflict Resolution Quarterly*, 21(1):69-78. <https://doi.org/10.1002/crq.49>
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil*. España: TEA Ediciones.

- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Thrul, J., Gmel, G. (2017). Binge drinking: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 32(8), 976-1017.
- Lacopetti, C., Londi, I., Patussi, V., Sirigatti, S., Cosci, F. (2019). Life events, coping styles, and psychological well-being in children living with parents who harmfully consume alcohol. *Clinical Psychol Psychother*, 26:157-166. <https://doi.org/10.1002/cpp.2338>
- Méndez, S.M.P., Andrade, P.P., Peñaloza, G.R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1):99-118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697007>
- Moher, H., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and metanalysis: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*. 6(7):264. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Moraga, C.J., Cartes, V.R. (2015). Pautas de chequeo, parte II: Quorum y Prisma. *Rev Chil Cir*, 67(3):325-330. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000300015>.
- Moral, J. Pacheco, M. (2011). Desarrollo de una escala de conducta disocial en México. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1): 199-221. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art11.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2022). Informe de la Organización Mundial de la Salud. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Park, S. Y Schepp, K.A. (2015). Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1222-1231. DOI 10.1007/s10826-014-9930-7
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., Mullen, J. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav.*, 22:337-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7320473/>
- Pimentel, J.J.A., Telumbre, T.J.Y., Ruiz, J.J.M., Higuera, S.J.L., Bautista, A.T.M. (2015). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México. *Rev de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 6(2): 36-49 ISSN 2683-1813. <https://doi.org/10.29365/rpcc.20151130-44>
- Polk, L.V. (1997). Toward a Middle-Range Theory of Resilience. *Adv Nurs Sci*, 19(3), 1-13. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1997/03000/toward_a_middle_range_theory_of_resilience.2.aspx
- Priesemuth, M., Schminke, M., Ambrose, M., Folger, R. (2014). Abusive supervision climate: A multiple-mediation model of its impact on group outcomes. *The Academy of Management Journal*, 57(5):1513-34. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0237>
- Reyna, C. (2012). Alcoholismo parental y desempeño social en niños: el rol mediador del clima familiar. *Liberabit*, 18(2), 117-124. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000200002
- Reynolds, C., Richmond, B. (2012). *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R)*. 2ª Ed. México: Manual Moderno.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4):381-389. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6260053/>

- Rothenberg, W.A., Hussong, A.M., Chassin, L. (2017). Modeling trajectories of adolescent-perceived family conflict: Effects of marital dissatisfaction and parental alcoholism. *J Res Adolesc.* 27(1):105–121. <https://doi.org/10.1111/jora.12259>
- Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner R, Strike C. (2017). A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 12(41). <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0125-2>
- Ruvalcaba, R.N., Gallegos, G.J., Caballo, M.E., Villegas, G.D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3):223-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21349352001>
- Ruvalcaba, R.N., Gallegos, G.J., Villegas, G.D. (2015). Validación de la escala de resiliencia para adolescentes en México (READ). *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 6(2):21-34. En: https://www.researchgate.net/publication/275715210_Validation_of_the_resilience_scale_for_adolescents_READ_in_Mexico
- Sinclair, V., Wallston, K. (2004). The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*, 11:94–101. [10.1177/1073191103258144](https://doi.org/10.1177/1073191103258144)
- Spanier, G.B., Thompson, L. (1982). Un análisis confirmatorio de la escala de ajuste diádico. *Diario del matrimonio y la familia*, 44 (3): 731–738. <https://doi.org/10.2307/351593>
- Suárez, P. Y Vélez M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20): 173-198. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Tinnfält, A., Fröding, K., Larsson, M. Et al. (2018). I Feel It In My Heart When My Parents Fight: Experiences of 7–9-Year-Old Children of Alcoholics. *Child Adolesc Soc Work J*, 35(5), 531–540. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0544-6>
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Usher, A.M., McShane, K.E., Dwyer, C. (2015). A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. *Syst Rev.*; 4(177):1-12. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0158-4>
- Wagnild, G.M., Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*, 1:165–78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
- Wells, G.A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M. Et al. (sf.) The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. *Ottawa Hospital Research Institute*. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Whiting, P., Rutjes, A.W., Reitsma, J.B., Bossuyt, P.M., Kleijnen, J. (2003). The development of QUADAS: a tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *Bmcmedical Research Methodology*, 3(25):1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-25>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Pawson, R. (2014). Desarrollo de orientación metodológica, estándares de publicación y materiales de capacitación para revisiones realistas y meta-narrativas: el proyecto RAMESES (síntesis de evidencia realista y meta-narrativa - estándares en evolución). *BMC Health Serv Res*, 11(21):1-14. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-21>

Zucker, A.R. (2008). Anticipando problema de consumo de alcohol de desarrollo desde la infancia hasta mediados la edad adulta: ¿qué hemos aprendido? *Adicción*, 103: 100-108.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02179.x>